UNIVERSITEIT GENT
-Vakgroep Orthopedagogiek-

de Kiem v.z.w.

STAD GENT
Medisch Sociaal Opvangcentrum

DRUGVERSLAAFDEN MET JONGE KINDEREN

Een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen

Onderzoekers:
Lic. Ilse Derluyn (De Kiem)
Lic. Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)

Promotor:
Prof. Dr. Eric Broekaert (Universiteit Gent)

Een onderzoeksproject in opdracht van :

© 2000

VAD

Vlaamse Gemeenschap

Inhoudsopgave

Samenvatting

Dit rapport vormt de neerslag van het onderzoeksproject ‘Drugverslaafde ouders met jonge kinderen’ van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) en vzw De Kiem. Het onderzoek gebeurde in samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent en het medisch-sociaal opvangcentrum voor druggebruikers in Gent.
In het onderzoek wordt getracht om een **inventarisatie** te maken van modellen en opvoedingsondersteunende methodieken die momenteel gebruikt worden in de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen (tot ongeveer zes jaar). Hiertoe werden in negentien voorzieningen semi-gestructureerde **interviews** afgenomen, werden werkbezoeken gebracht aan voorzieningen in Den Haag en London en werd informatie verzameld via contacten met voorzieningen en via **literatuuronderzoek**.

Drugverslaafde ouders en hun kinderen zijn een **doelgroep** met vaak heel wat complexe problemen.
Kinderen kunnen door het druggebruik van de moeder tijdens de zwangerschap na de geboorte ontwenningsverschijnselen vertonen. Ook andere problemen in hun verdere ontwikkeling kunnen het gevolg zijn van druggebruik van de moeder tijdens de zwangerschap. Momenteel zijn rond het voorkomen van dergelijke ontwikkelingsproblemen of –vertragingen bij kinderen van drugverslaafde ouders echter nog weinig eenduidige onderzoeksresultaten bekend. Tevens is het moeilijk om de invloed van het druggebruik tijdens de zwangerschap te onderscheiden van de invloed van omgevingsfactoren. Uit de literatuur blijkt dat deze kinderen een heel heterogene groep vormen, waarvan heel wat kinderen zich vrij normaal ontwikkelen. Een bio-psychosociaal model, waarbij de wisselwerking tussen verschillende biologische, sociale en psychische factoren betrokken wordt, kan helpen om het al dan niet voorkomen van problemen bij deze kinderen beter te begrijpen.

Ook de groep van drugverslaafde **ouders** kan als zeer heterogeen gekarakteriseerd worden. Een aantal ouders kampt met ernstige problemen, niet alleen met betrekking tot een drugprobleem en de daarmee verbonden problemen (bv. slechte sociaal-economische situatie), maar ook met betrekking tot de opvoeding van hun kinderen. Een belangrijk element hierbij is de eigen familiale geschiedenis, die vaak weinig positief te noemen is (bv. (seksueel) misbruik, weinig positieve ‘rolmodellen’). Deze verslaafde ouders hebben daardoor soms slechts een beperkte basis om de opvoeding van hun eigen kinderen vorm te geven, hoewel ze het zelf toch zo goed zouden willen doen. Dit gevoel van falen kan veel schuld- en schaamtegevoelens teweeg brengen. Naast deze problemen hebben heel wat moeders bijkomende psychische of psychiatrische problemen. Ze kunnen bovendien vaak slechts op een beperkt sociaal netwerk terugvallen, zodat ook van daaruit weinig steun naar de opvoeding toe geboden kan worden. Bovengenoemde problemen bij het kind kunnen daarenboven de opvoedingssituatie nog meer belasten.
Toch slagen heel wat drugverslaafde ouders er wél in om op een adequate manier vorm te geven aan de opvoeding. Voor heel wat ouders kan de zwangerschap een belangrijk keerpunt in hun leven vormen, waardoor ze besluiten om minder of niet meer te gebruiken of om naar de hulpverlening te stappen.

Dit laatste element – de stap naar de **hulpverlening** – verloopt echter niet steeds even gemakkelijk. Drugverslaafde ouders worden met heel wat extra barrières geconfronteerd als ze de stap naar de hulpverlening zetten. Zo kunnen schaamtegevoelens en de angst om door de omgeving, maatschappij of hulpverleners veroordeeld te worden, hen beletten om deze stap te zetten. Heel wat drugverslaafde ouders komen dan ook niet of pas heel laat in contact

met de hulpverlening. Een bijkomend probleem dan is dat de complexe problematiek ervoor zorgt dat deze ouders en hun kinderen met verschillende hulpverleningsvormen en sectoren in aanraking komen (drughulpverlening, bijzondere jeugdbijstand, welzijnszorg, algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en onderwijs)..
Daarnaast kan geconstateerd worden dat – ondanks de groeiende aandacht voor deze problematiek binnen de hulpverlening – nog steeds weinig voorzieningen werkelijk aangepast zijn om met een omvattend hulpverleningsaanbod adequaat in te spelen op de complexe en meervoudige problematiek van drugverslaafde ouders en hun kinderen. Het gebrek aan residentiële opvang voor kinderen of de scheiding van het kind als men voor een residentiële behandeling kiest, getuigen hiervan.

In het onderzoeksrapport worden de verschillende werk**modellen** beschreven van de voorzieningen die betrokken zijn bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. In deze beschrijving wordt een onderscheid gemaakt tussen de niet-categoriale hulpverlening en de categoriale drughulpverlening. In deze twee categorieën wordt telkens een onderscheid gemaakt tussen de ambulante en residentiële voorzieningen. Tenslotte wordt binnen deze categorieën een onderverdeling gemaakt tussen voorzieningen die zich vooral naar het kind richten, voorzieningen die zich naar de ouders richten en voorzieningen die zich naar ouder én kind richten.

In de ***niet-categoriale hulpverlening*** werden volgende voorzieningen bevraagd:

- Ambulante voorzieningen:
  - Voorzieningen voor kinderen: Kind en Gezin, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning
  - Voorzieningen voor ouders: Service- en Ontmoetingscentrum
  - Voorzieningen voor ouder en kind: Hulp aan Huis
- Residentiële voorzieningen:
  - Voorzieningen voor kinderen: Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, Kinderhotel Kattekwaad
  - Voorzieningen voor ouder en kind: Sociale dienst afdeling Neonatologie van het Algemeen Ziekenhuis, Krisisopvangcentrum De Schelp, Klemenswerk

Uit de interviews blijkt dat deze voorzieningen vrij vaak in contact komen met drugverslaafde ouders en hun kinderen. Hun aanpak verschilt sterk, wat vooreerst afhankelijk is van de focus (kind/volwassene) en de werkvorm (ambulant/residentieel), maar wat ook kan verschillen naargelang de gehanteerde visie en aanpak. Het is bovendien opvallend dat er weinig specifieke interventies of hulpverleningsmethoden worden aangewend ten aanzien van drugverslaafde ouders en hun kinderen.

Ook in de ***categoriale drughulpverlening*** werden voorzieningen bevraagd, waaronder enkele voorzieningen met een specifieke werking voor drugverslaafde ouders en hun kinderen.

- Ambulante voorzieningen:

  - Voorzieningen voor ouders: MSOC Gent, Project 'Parentalité' (Centre A.L.F.A, Luik), CGG De Drie Stromen Lokeren
  - Voorzieningen voor ouder en kind: Hadok, Thuisbegeleiding
- Residentiële voorzieningen:
  - Voorzieningen voor kinderen: De Woezel, Dagpleegzorg
  - Voorzieningen voor ouders: Ontwenningskliniek De Pelgrim, T.G. De Sleutel
  - Voorzieningen voor ouder en kind: Projekt 4, Tipi, Kangourou, De Lage Kamp, Maya Addaction Project , Phoenix House Family Project .

De groeiende aandacht voor drugverslaafde ouders en hun kinderen blijkt uit de beschrijving van deze modellen. Heel wat voorzieningen zijn door hun beperkte middelen momenteel niet in staat om dit aanbod verder uit te bouwen. Bovendien is het opvallend dat de voorzieningen een heel uiteenlopend aanbod hebben en op diverse punten sterk verschillen.

Uit bovenstaande beschrijving blijkt dat uiteenlopende modellen gehanteerd worden in de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. Dit zorgt uiteraard voor de nodige diversiteit in de begeleiding van deze ouders, waarbij ze – zowel voor zichzelf, hun kind als voor het gezin als geheel – met verschillende visies en aanpakken in contact komen. Ook wat betreft de intensiteit en de manier waarop ouders ondersteund worden, worden uiteenlopende visies én aanpakken gehanteerd.

De laatste jaren zijn – ook in België – initiatieven ontstaan waarbij voorzieningen in een **formeel netwerk** samenwerken om de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen beter te coördineren en op te volgen. Verschillende initiatieven worden besproken. Grote verschillen worden vastgesteld tussen deze netwerken, zowel qua focus (veiligheid van het kind bewaken; tot een éénvormige hulpverleningsaanpak komen) als qua opzet.
Globaal gezien kunnen drie modellen aangegeven worden, verbonden aan verschillende invullingen van het begrip case management:

- Een model waarbij één persoon de spilfiguur is die de link vormt tussen voorzieningen en de begeleider is van de cliënt zelf.
- Een model waarbij één persoon of instantie zich toelegt op de coördinatie van de hulpverlening en waarbij vooral wordt nagegaan hoe de hulpverlening verloopt.
- Een model waarbij op initiatief van één voorziening of instantie hulpverleners regelmatig (al dan niet geformaliseerd) samenkomen rond een bepaalde casus of situatie.

In een vierde soort netwerk organiseert men regelmatig studiedagen voor voorzieningen uit verschillende sectoren .

De vraag dient gesteld welke instantie de coördinerende rol op zich neemt en waar deze case manager zijn 'uitvalsbasis' heeft: een 'onafhankelijke instantie', een voorziening uit de drughulpverlening, een niet-categoriale voorziening voor ouders, een niet-categoriale voorziening voor kinderen of een combinatie van de voorgaande (bv. de bijeenkomsten vinden plaats in het algemeen ziekenhuis, maar iemand uit de drughulpverlening leidt die bijeenkomsten).
Dit zijn belangrijke vragen die een antwoord dienen te krijgen, indien een dergelijk formeel netwerk met verschillende voorzieningen wordt opgestart. Hierbij dient men aan te sluiten bij de bestaande evoluties en initiatieven in Vlaanderen rond netwerkvorming, zoals integrale jeugdhulpverlening, zorgcircuits, cliëntopvolging door middel van case management, …).

Naast deze formele samenwerking bestaat reeds veel ‘informele’ **samenwerking** en **contacten** tussen voorzieningen en instanties. Een aantal voorzieningen heeft binnen de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen een zekere ‘scharnierfunctie’, zoals bepaalde algemene ziekenhuizen, Kind en Gezin, het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, de Jeugdrechtbank, het OCMW en het MSOC.

Naast deze contacten met andere voorzieningen wordt vanuit een aantal voorzieningen ook contact gelegd met de naaste betrokkenen uit de **omgeving** van het gezin. Meestal gaat dit om grootouders, de partner of andere familieleden.

Naast bovenstaande modellen kan een aantal **methodieken** onderscheiden worden die momenteel gehanteerd worden om drugverslaafde ouders te ondersteunen in de **opvoeding** van hun kind(eren).
In de **drughulpverlening** vinden we één grondig uitgewerkte methodiek terug, namelijk **videohometraining.** Deze methodiek wordt – soms in varianten van de oorspronkelijke methodiek – in verschillende settings bij drugverslaafde ouders aangewend. Een andere veel gehanteerde methodiek binnen de hulpverlening aan drugverslaafde ouders is ‘**modeling**’, waarbij een bepaald gedrag wordt voor getoond aan de ouder. Naast deze methodieken wordt in de literatuur veelvuldig melding gemaakt van ‘ouderschapsklassen’, waarbij ouders bepaalde vaardigheden en kennis wordt bijgebracht en ‘oudergroepen’ waar ouders onder elkaar ervaringen over de opvoeding uitwisselen en mekaar op die manier ondersteunen. Verder worden volgende methodieken vermeld: rollenspel, begeleiding van moeder-kind activiteiten, speltherapie, individuele begeleiding van moeder en/of kind, babymassage en meehelpen in de crèche.
Een open **attitude**, gebaseerd op een vertrouwensrelatie tussen ouder en hulpverlener wordt als essentieel gezien om op een goede manier de ouders te kunnen ondersteunen in hun opvoedingstaak.

In andere sectoren (voornamelijk jeugdhulpverlening) wordt reeds enige tijd gewerkt op basis van intensieve **ambulante thuisbegeleiding**. In dit onderzoek focussen we op volgende methodieken:

- Families First – Intensivering hulpverlening
- Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding/Thuishulp
- Integrale Orthopedagogische Gezinsondersteuning
- Projekt aan Huis

Uit de interviews en het literatuuronderzoek kwamen heel wat **knelpunten** naar voor waarmee men in de hulpverlening aan deze ouders en hun kinderen kampt.
Wat betreft de **doelgroep** hebben veel hulpverleners – voornamelijk uit de niet-categoriale hulpverlening – het moeilijk met een aantal eigenschappen die ‘eigen’ zouden zijn aan deze doelgroep, zoals instabiliteit, herval, niet nakomen van afspraken, liegen, wantrouwen tegenover de hulpverleners, weinig probleeminzicht, andere (opvoedings-) normen, …
Hulpverleners (voornamelijk uit de niet-categoriale hulpverlening) zelf kampen met heel veel machteloosheid en angst omtrent de veiligheid en ontwikkeling van het kind. Dit resulteert vaak in een ‘beschermingsreflex’ tegenover het kind, waarbij heel weinig vertrouwen wordt gesteld in de kennis en kunde van de ouders en waarbij soms te snel wordt overgegaan tot ingrijpende maatregelen. Veel hulpverleners (ook uit de drughulpverlening) hebben **ethische vragen** omtrent de te hanteren waarden en normen.
Hulpverleners hebben soms het gevoel dat ze een **gebrek aan deskundigheid** en kennis hebben. In de drughulpverlening is er vooral een gebrek aan kennis en deskundigheid omtrent

jonge kinderen en de opvoeding, terwijl kindgerichte voorzieningen vooral gebrek aan kennis aangeven omtrent druggebruik, -verslaving en de effecten van druggebruik op het kind.

Wat betreft de **samenwerking** met andere voorzieningen en instanties is men globaal gezien tevreden, maar toch worden verschillende moeilijkheden en knelpunten aangegeven. Zo bestaat heel wat ongenoegen omtrent het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, dat te weinig preventief zou ingrijpen en te weinig zou ingaan op de aangegeven bezorgdheid vanuit de hulpverlening. Als het Comité beslist tot een maatregel , is deze soms te ingrijpend.
Een belangrijk probleem in de samenwerking tussen voorzieningen is hoe omgegaan moet worden met het **beroepsgeheim**.
Het gebrek aan samenwerking en coördinatie tussen voorzieningen kan tot heel wat problemen leiden. Het ontbreekt aan eenduidige en heldere communicatie en aan een eenduidige visie omtrent hulpverlening. Dit veroorzaakt heel wat problemen en onnodige of weinig adequate interventies. Concurrentie tussen voorzieningen is hier niet vreemd aan.
Voorzieningen zouden soms te hoogdrempelig zijn voor ouders. Wanneer ouders geen concrete hulpvraag hebben, kunnen ze moeilijk aanspraak maken op ondersteuning. Dit wordt soms nog bemoeilijkt door de bureaucratie in de hulpverlening. Het **hulpverleningsaanbod** is soms te beperkt (bv. te weinig residentiële plaatsen voor moeder en kind samen) of niet afgestemd op de noden van deze doelgroep. (bv. te weinig ambulante thuiszorg).

Naast deze structurele bedenkingen wordt ook een aantal **inhoudelijke** knelpunten naar het programma zelf toe aangegeven. Zo bestaan weinig initiatieven op het vlak van pedagogische ondersteuning van deze ouders. Daarenboven stelt zich de vraag welk programma residentiële voorzieningen voor moeder en kind moeten aanbieden. Ook naar de kinderen kan men zich afvragen in welke mate men binnen het bestaande programma een gespecialiseerde begeleiding moet opzetten of een apart programma moet organiseren. Hieraan gekoppeld kan de vraag gesteld worden of gezocht moet worden naar gespecialiseerde kinderopvang. Er is nood aan meeraandacht voor psychiatrische problemen bij moeder en kind.
Veelvuldig wordt gesteld dat de hulpverlening voor deze doelgroep niet steeds voldoende **toegankelijk** is, wat impliceert dat veel zwangere vrouwen of moeders pas heel laat in contact komen met de hulpverlening, wat de kans op ontwikkelingsproblemen bij het kind verhoogt en het vormen van een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt niet bevordert.

Binnen de hulpverlening kunnen vier **twee-delingen** onderscheiden worden. Het eerste en meest duidelijke onderscheid is de tweedeling tussen de **niet-categoriale** en de **categoriale** hulpverlening. De verschillen in visie, aanpak, doelstellingen en hulpverleningsaanbod leiden vaak tot een versnipperde hulpverlening vanuit verschillende sectoren waarbij de samenwerking tussen deze voorzieningen vaak moeizaam verloopt. Deze tweedeling loopt vrij gelijk met de tweede tweedeling, namelijk het onderscheid tussen **kind-** en de **volwassenengerichte** voorzieningen.
Ten derde is er het onderscheid tussen **ambulante** en **residentiële** voorzieningen. Niet alleen qua werking, maar ook qua visie zijn deze voorzieningen soms erg verschillend. Het is niet steeds duidelijk waarom het ene gezin in een ambulante werking terechtkomt en de andere cliënt in een residentiële voorziening. Er wordt weinig samengewerkt tussen beiden.
Een laatste tweedeling die ietwat los staat van de vorige drie is het onderscheid tussen een **micro-** en een **macro**benadering, waarbij de microbenadering zich vooral richt op het de verdere inhoudelijke uitwerking van een programma of methodiek en de macrobenadering zich eerder focust op de samenwerking tussen en netwerkvorming met verschillende voorzieningen

Uit de bovenstaande inventarisatie van modellen, methodieken en knelpunten kan een aantal **aanbevelingen** afgeleid worden, teneinde de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen te verbeteren.
Zo is het vooreerst belangrijk dat hulpverleners hun **visie** op drugverslaafde ouders proberen bij te stellen in de richting van een meer positieve visie, waarbij vertrouwen – zonder een kritische blik te verliezen – steeds voorop staat. Via intervisie en supervisie kan gezocht worden naar antwoorden op de vraag welke verwachtingen en eisen kunnen gesteld worden aan deze ouders en welke normen en waarden in de hulpverlening gehanteerd moeten worden.
Een belangrijk element in het omgaan met deze ouders en hun kinderen is de vraag of er **criteria** moeten opgesteld worden, waarnaar verwezen kan worden om al dan niet over te gaan tot bepaalde maatregelen om het kind te beveiligen (bv. plaatsing). Dit gaat samen met de vraag welke deze criteria moeten zijn.
Bovenstaande vragen en bedenkingen kunnen gedeeltelijk beantwoord worden door het bevorderen van de **deskundigheid** en kennis bij hulpverleners, zowel met betrekking tot het kind, als met betrekking tot drugverslaving. Op deze manier kunnen deze vrouwen vroeger gedetecteerd worden in de hulpverlening en kunnen bestaande programma’s, initiatieven en visies meer **afgestemd** worden op de werkelijke noden en behoeften van deze ouders en hun kinderen.

Een derde aanbeveling betreft de **samenwerking** tussen voorzieningen: het is in deze essentieel dat voorzieningen elkaars werking en visie beter leren kennen en afspraken maken rond een aantal moeilijke items (bv. doorverwijzing, methadongebruik tijdens de zwangerschap, behartigen van het belang van de ouders en van het kind, ‘waken’ over de veiligheid van het kind, beroepsgeheim, …). Een specifiek overleg rond de samenwerking met het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg lijkt hierbij noodzakelijk.

Deze samenwerking kan ook vastgelegd worden in een **formeel netwerk**. Hiervoor diensten vragen beantwoord te worden, zoals:

- Gaat het om coördinatie van de hulpverlening of ook om inhoudelijke afstemming en opvolging van de hulpverlening en/of het gezin?
- Ligt de focus op het kind en zijn veiligheid of op het gehele systeem?
- Wie neemt de leiding van dit netwerk en volgt de evolutie van de hulpverlening en eventueel van het gezin zelf op? Waar is de ‘case manager’/coördinator gehuisvest?
- Hoe gebeurt de aanmelding en intake?

Ook **inhoudelijk** kan een aantal aanbevelingen gedaan worden:

- Het uitbouwen van een visie omtrent verslaving, familie, de doelstellingen en theoretische achtergrond van het programma,… zowel in de niet-categoriale hulpverlening als in de drughulpverlening.
- Tegemoetkomende, toegankelijke hulp moet centraal staan.
- Het aanspreken van het bestaande netwerk van het gezin of het creëren ervan.
- Naar de kinderen toe het inbrengen van kindgerichte elementen in het programma.
- Meer aandacht voor psychiatrische problemen.

Een bijkomende belangrijke focus is het belang van **pedagogische ondersteuning** binnen de bestaande programma’s. Niet alleen stelt zich de vraag welk conceptueel kader gehanteerd moet worden, maar ook allerlei praktische vragen omtrent methodiek, inhoud, plaats, samenwerking, … moeten een antwoord krijgen.

Een laatste aanbeveling richt zich op het **uitbouwen** van het **hulpverleningsaanbod,** inclusief het verhogen van het aantal residentiële plaatsen voor moeder en kind in de drughulpverlening, meer infrastructuur en ruimte om initiatieven omtrent ouderschap en de werking naar kinderen toe uit te bouwen, de uitbreiding van het aanbod voor drugverslaafde zwangere vrouwen en de uitbouw van een ambulant thuisbegeleidingsprogramma.

Concluderend kan gesteld worden dat – voor het optimaliseren van de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen – in de nabije toekomst moet gewerkt worden aan het uitbouwen van een toegankelijke zorg, het opstarten van een netwerk met voorzieningen uit verschillende sectoren en het uitbouwen van specifieke opvoedingsondersteunende methodieken binnen de bestaande programma's en voorzieningen.

Voorwoord

Convenantwerking
Sinds 1 januari 1999 werkt VAD op basis van een convenant met de Vlaamse overheid, waarin een beleid over 3 jaar werd vastgelegd in een Beleidsplan. VAD kreeg in dit beleidsplan een algemene missie mee waarin de coördinatie en afstemming van een Vlaams drugbeleid centraal staan.
Het beleidsplan voorziet eveneens enige ruimte voor concept- en methodiekontwikkeling, wat zowel theorievorming inhoudt als de ontwikkeling van nieuwe modellen of de aanpassing van bestaande modellen aan nieuwe doelgroepen. Op die manier kan worden ingespeeld op te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen. In het Beleidsplan 1999-2001 werden verschillende kwetsbare groepen als nieuwe doelgroep weerhouden: langdurig werklozen en laaggeschoolden, kansarme jongeren, injecterende gebruikers, allochtonen en kinderen van alcoholisten.

Druggebruikers met jonge kinderen
Bij de operationalisering van deze nieuwe concepten werd vanuit de sector zelf, geïnspireerd door het project kinderen van alcoholisten, het voorstel gelanceerd om een project te ontwikkelen naar druggebruikers met jonge kinderen. Bedoeling was om de kennis terzake te bundelen en bruikbare werkvormen te ontwikkelen om de doelgroep 'druggebruikers met jonge kinderen' te ondersteunen.
De concept- en methodiekontwikkeling naar deze doelgroep werd opgesplitst in 2 fasen: in een eerste fase werd een vooronderzoek uitgeschreven met een literatuurstudie en een verkenning van bestaande initiatieven en werkvormen in het hulpverleningsproces. Op basis van de resultaten van deze voorstudie zal in een tweede fase een pilootproject worden geformuleerd, waarin de ontwikkeling en toepassing van één of meerdere werkvormen zal worden gezocht.

Uitbesteding
Voor de realisatie van het beleidsplan kan VAD een beroep doen op derde organisaties. Hiervoor werden door de Raad van beheer een aantal criteria vastgelegd om specifieke opdrachten uit te besteden aan organisaties of diensten met ervaring en/of kennis op dit vlak. Voor het vooronderzoek werd een projectoproep gelanceerd waarop we 3 projectvoorstellen hebben ontvangen. Deze projectvoorstellen werden door een commissie beoordeeld en De Kiem werd aangewezen om dit vooronderzoek te realiseren. Voorliggend rapport is het resultaat van deze uitbesteding.

Marijs Geirnaert
directeur VAD

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel: 02-423.03.33
Fax: 02-423.03.34
e-mail: vad@vad.be
website: www.vad.be

Inleiding

Dit rapport vormt de neerslag van het onderzoeksproject ‘Drugverslaafde ouders met jonge kinderen’ dat liep van september tot december 2000. Het project werd uitgeschreven door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) en toegewezen aan vzw De Kiem. Het onderzoek gebeurde in samenwerking met de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent en het medisch-sociaal opvangcentrum voor druggebruikers (MSOC) van de Stad Gent.

Het **eerste hoofdstuk** geeft een algemene situering van het onderzoek en de problematiek. Eerst wordt ingegaan op de focus van het onderzoek, de doelstellingen en de gehanteerde methodologie. Daarna staan we kort stil bij de voornaamste problemen en moeilijkheden, waarmee drugverslaafde ouders en hun kinderen geconfronteerd worden.

In het **tweede hoofdstuk** worden de resultaten van het onderzoek belicht. Zowel organisatorische modellen die bij de hulpverlening aan deze doelgroep worden gebruikt, als de formele en informele contacten die de betrokken voorzieningen hierbij leggen, worden onderzocht. Specifieke aandacht gaat hierbij uit naar een aantal formele netwerken dat recent opgestart werd. In een derde luik gaan we in op een aantal methodieken voor opvoedingsondersteuning die gebruikt (kunnen) worden voor de hulpverlening aan deze doelgroep.

In het **derde hoofdstuk** worden de voornaamste knelpunten weergegeven bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen en tenslotte proberen we in het **vierde hoofdstuk** een aantal antwoorden te formuleren voor de vastgestelde knelpunten.

Aan het begin van dit onderzoeksrapport willen we een aantal afspraken maken met de lezer en de betekenis van de door ons gehanteerde **termen** verduidelijken:

- Wanneer we spreken over 'drugverslaving', 'druggebruik' of 'verslaving' verwijzen we steeds naar gebruik van en verslaving aan illegale middelen. Wanneer verslaving aan een specifiek middel bedoeld wordt (bv. alcohol, heroïne) zal dit expliciet vermeld worden.

- Met 'verslaving' wordt een specifieke vorm van middelengebruik bedoeld, waarbij er sprake is van fysieke en psychische afhankelijkheid en controle-verlies. 'Gebruik' doelt op elke vorm van gebruik van een psycho-actief middel, inclusief misbruik (zonder afhankelijkheid of controleverlies).

- Wanneer vermeld staat 'drugverslaafde ouders en hun kinderen', wordt vooral verwezen naar verslaafde moeders met jonge kinderen (minder dan 6 jaar oud). De praktijk wijst immers uit dat verslaafde vaders veel minder contact hebben en houden met hun kinderen. Voor de leesbaarheid van dit rapport wordt meestal de mannelijke vorm gebruikt. Waar ‘hij’ staat, moet u dus eigenlijk ‘zij’ lezen.

- Het onderscheid ‘model’ en ‘methodiek’ laat zich als volgt verduidelijken: Een ‘model’ is een organisatiestructuur van een voorziening of groep van voorzieningen (medewerkende instanties, programma, omkadering, doelgroep, …). Met een ‘methodiek’ verwijzen we eerder naar een inhoudelijke manier van werken (binnen

een bepaald model). Concreet gaat het hierbij om manieren om ouders te ondersteunen in hun opvoedingstaak.

- Als er gesproken wordt over de ‘hulpverlening’, wordt gedoeld op begeleiding vanuit zowel de niet-categoriale hulpverlening als de categoriale drughulpverlening.

Graag willen we ook een woord van dank richten naar alle voorzieningen die meegewerkt hebben aan de interviews of op een andere wijze informatie hebben versterkt.
Daarnaast willen we in het bijzonder de leden van de stuurgroep van het project danken, met name D. Calle en D. Vandevelde (De Kiem), J. Van Bouchaute en K. Demunck (MSOC-Gent), E. Broekaert en W. Vanderplasschen (Universiteit Gent) en G. Verstuyf (VAD).

Hoofdstuk 1: Situering van het onderzoek en van de problematiek

1.1 Situering van het onderzoek

Lange tijd werd weinig aandacht besteed aan de gevolgen van de verslaving van één van beide ouders voor de kinderen. Niet voor niets werden de kinderen van alcoholverslaafden 'the forgotten children' genoemd (Lindstein, 1996). De afgelopen vijf jaar kon ook een duidelijk groeiende interesse voor de problematiek van drugverslaafde ouders en hun kinderen vastgesteld worden (Hedrich, 2000). Zo werden recent verschillende grootschalige onderzoeken uitgevoerd, onder meer onder impuls van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Pompidou-groep van de Raad van Europa (Leopold & Steffan, 1997; Hedrich, 2000), het Addaction Research and Quality Department in het Verenigd Koninkrijk (Jones et al., 1999), The Institute for the Study of Drug Dependency (ISDD) en het Network on Women and Drugs van de 'International Harm Reduction Association' (IHRA) (Hedrich, 2000). Bovendien ontstonden ook in ons land verschillende specifieke initiatieven voor drugverslaafde ouders en hun kinderen, zoals de oprichting van de Tipi door vzw De Kiem (Oosterzele), het N.O.O.D-project in Antwerpen, het Kangourou-project van Trempoline (Charleroi), het Europees preventieproject 'Vulnerable People' met als partners de Stichting Parnassia Den Haag (Nederland), De Sleutel (Gent) en Trempoline (Charleroi).

Ondanks de groeiende aandacht voor deze problematiek zijn echter nog steeds weinig voorzieningen werkelijk aangepast aan de complexe en meervoudige problematiek van deze gezinnen, die meestal in contact komen met voorzieningen uit verschillende sectoren zoals de categoriale drughulpverlening, bijzondere jeugdbijstand, welzijnszorg, algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en onderwijs. Bovendien bestaan nog steeds weinig relevante onderzoeksgegevens die aangeven welke de meest efficiënte interventies zijn voor een adequate hulpverlening aan deze doelgroep (Marcenko et al., 2000).

1.1.1 Focus van het onderzoek

In voorliggend onderzoek ligt de focus niet zozeer op de mogelijke gevolgen van druggebruik op de ontwikkeling van het kind of op de ouder-kind relatie. Hierover hebben andere auteurs reeds veel geschreven. Nochtans mag dit aspect niet uit het oog verloren worden bij het organiseren van de hulpverlening aan verslaafde ouders en hun kinderen

Dit onderzoek is voornamelijk gericht op een **inventarisatie** van modellen en methodieken die gebruikt worden in de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. Concreet proberen we na te gaan wie binnen de hulpverlening met deze populatie in contact komt en hoe met deze doelgroep wordt omgegaan.

De **opvoedingsondersteuning** van drugverslaafde ouders vormt een tweede focus van dit onderzoek: Hoe kunnen we deze ouders helpen en ondersteunen bij het opvoeden van hun kinderen ? Hiervoor gaan we in de literatuur en op de werkvloer op zoek naar bruikbare methodieken.

De **doelstellingen van het onderzoek** kunnen als volgt omschreven worden:
- Literatuurstudie: studie van recente wetenschappelijke literatuur en 'grijze' literatuur (jaarverslagen, studiedagen, etc.)
- Verkenning van bestaande initiatieven (ambulant en residentieel): uiteraard in België, maar zeker ook in Nederland, en eventueel ook in Groot-Brittannië en Duitsland.
- Verkenning van (preventieve) werkvormen in het bestaande hulpverleningsproces: voorbeelden van goede praktijk toegespitst op kinderen van drugverslaafde ouders tot de leeftijd van ongeveer zes jaar.

Dit laatste element geeft aan dat we ons in dit onderzoek specifiek richten naar **jonge kinderen**, hoewel een strikte leeftijdsgrens moeilijk kan worden aangegeven en dus ook één en ander gezegd zal worden over oudere kinderen van drugverslaafde ouders. Modellen en methodieken die gebruikt kunnen worden bij de jongste leeftijdsgroep zullen anders zijn dan deze die aangewend worden bij oudere kinderen. Bovendien wordt binnen de hulpverlening vaak een (structureel) onderscheid gemaakt (bv. in de bijzondere jeugdbijstand) tussen voorzieningen die zich richten op kinderen jonger dan zes of twaalf jaar en andere voorzieningen die zich vooral richten op kinderen ouder dan twaalf jaar.

Gezien de korte duur van dit onderzoeksproject moet met een aantal **beperkingen** rekening gehouden worden. Vooreerst betreft het geen exhaustieve, maar eerder een verkennende inventarisatie van voorzieningen die met deze doelgroep bezig zijn. Bovendien kan hier niet ingegaan worden op bijkomende problemen die de opvoedingsproblematiek kunnen belasten, zoals de veel voorkomende psychische en psychiatrische problemen bij drugverslaafde moeders (Mallouh, 1996) of de specifieke achtergrond van een aantal van deze moeders, bv. allochtone moeders (Schumacher et al., 1996)[1]. Het staat buiten kijf dat deze aspecten eveneens een grote invloed kunnen hebben op de omgang met deze kinderen en voor de hulpverlening. Ten derde wordt de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen in de regio Gent als een exemplarische situatie aangehaald. Het betreft dus geen onderzoek naar alle voorzieningen die in Vlaanderen werken met deze doelgroep, hoewel de meeste specifieke projecten uit andere regio's belicht worden. Tenslotte konden enkel hulpverleners en voorzieningen bevraagd worden en konden de wensen, noden en behoeften van de cliënten zélf niet geïnventariseerd worden. Hiervoor dienden we een beroep te doen op de bestaande literatuur.

1.1.2 Onderzoeksmethodologie

Voor het verzamelen van de onderzoeksgegevens werd een literatuuronderzoek gedaan van de meest recente literatuur en werden verschillende voorzieningen bevraagd.
De **literatuurstudie** focust op de recente literatuur (na 1995). Hiervoor werd via de databanken Medline, Psycinfo, Science Citation Index, Belgische Wetenschappelijke Catalogus en Antilope naar wetenschappelijke literatuur gezocht. Anderzijds werd in de 'grijze' literatuur (projectverslagen, interne documenten, verslagen van symposia,…) nagegaan welke modellen en methodieken gebruikt worden in de hulpverlening aan deze doelgroep.

[1] Voor meer specifieke informatie over drughulpverlening aan allochtonen, verwijzen we naar een recent afgerond onderzoek in opdracht van V.A.D. : Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). Drughulpverlening aan allochtonen: een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening. Brussel – Gent: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen – Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent.

Naast dit literatuuronderzoek werden verschillende **voorzieningen** bevraagd en bezocht. Een vijftigtal voorzieningen, geselecteerd op basis van de sociale kaart en op basis van de suggesties van de stuurgroepleden, werden aangeschreven (cf. bijlage 1). Hierbij is ook een aantal voorzieningen bevraagd uit de ‘niet-categoriale’ hulpverlening.
Vijf voorzieningen gaven aan niet in contact te komen met deze doelgroep. Bij twee instanties (Comité voor Bijzondere Jeugdzorg en de sociale dienst van de Jeugdrechtbank) was niemand beschikbaar om een interview te doen. Aan de overige voorzieningen werd voorgesteld om een interview af te nemen van een medewerker die op de hoogte is van hun hulpverleningsaanbod voor drugverslaafde ouders en hun kinderen.
In totaal werden 19 **interviews** afgenomen. In deze **semi-gestructureerde interviews** lag de nadruk niet alleen op de manier waarop men met verslaafde ouders en hun kinderen werkt, maar ook op de problemen die men hierbij ervaart, de voorzieningen waarmee men samenwerkt, de risicofactoren en beschermende eigenschappen bij ouders en kinderen, eventuele specifieke problemen bij de ouders en hun kinderen. Het interviewschema is gebaseerd op literatuuronderzoek en op een vragenlijst die gebruikt werd in het onderzoek van de Pompidou-groep (Hedrich, 2000). De interviews werden achteraf onmiddellijk uitgetikt, om deze zo volledig mogelijk te kunnen weergeven en werden verwerkt op basis van onderlinge vergelijking en toetsing.

Via deze interviews werd gepoogd om een zicht te krijgen op de voorzieningen die momenteel bezig zijn met de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. De hulpverlening aan deze doelgroep in de regio **Gent** werd hierbij **als exemplarische situatie** beschouwd. We bevroegen voorzieningen uit de niet-categoriale hulpverlening (welzijnszorg, algemene gezondheidszorg, kinderzorg en jeugdbijstand) en een aantal voorzieningen uit de categoriale drughulpverlening. Naast deze voorzieningen uit de Gentse regio werden drie andere Belgische voorzieningen gecontacteerd, die een specifiek initiatief opgezet hebben voor drugverslaafde ouders en hun kinderen: A.L.F.A Luik; N.O.O.D.-project Antwerpen (Free Clinic); Project Kangourou van Trempoline (Charleroi).
Een belangrijke bedenking is evenwel dat de interviews geen volledig beeld geven van de werking van een bepaalde voorziening. Niet alleen wordt de inhoud sterk bepaald door de persoon van wie het interview werd afgenomen, bovendien is het zeer moeilijk om in een dergelijk interview een goed zicht te krijgen op alle facetten van de werking voor en de benadering van drugverslaafde ouders en hun kinderen.

Naast deze interviews werden twee **werkbezoeken** afgelegd aan het ‘Ouder en Kind’-programma in Nederland (Den Haag, Stichting Parnassia) en de River Clinic (Beresford Project) en het Maya Addaction Project in London.
Tenslotte werd bij verschillende voorzieningen en projecten schriftelijk, telefonisch en per e-mail **informatie** opgevraagd. Bovendien werd veel informatie bekomen uit gesprekken met hulpverleners en universitaire medewerkers en uit de bijeenkomsten met de stuurgroep.

Naarmate de interviews en de literatuurstudie vorderden, bleek dat weinig specifieke methodieken voor opvoedingsondersteuning gebruikt worden bij de hulpverlening aan verslaafde ouders en hun kinderen. Vanuit deze vaststelling werd nagegaan welke **methodieken** gehanteerd worden in andere sectoren (i.c. kinderzorg, jeugdhulpverlening). Hiervoor werd informatie verzameld in de literatuur, via het internet en in contacten met een aantal Nederlandse organisaties.

1.2 Situering van de problematiek

Over kinderen van drugverslaafde ouders is in de literatuur heel wat informatie beschikbaar, waarbij onderzoekers vooral aandacht hebben voor de **gevolgen** van de drugverslaving van de ouders voor de kinderen. Meer specifiek werden vooral de gevolgen van druggebruik tijdens de zwangerschap onderzocht en de effecten ervan voor de ontwikkeling van het kind. Bovendien werd ook veel onderzoek gedaan naar de lange termijngevolgen van prenatale blootstelling aan bepaalde drugs, waarbij ook de invloed van omgevingsfactoren in rekening werd gebracht. Toch beschikt men tot op vandaag over weinig eenduidige onderzoeks-gegevens over drugverslaafde ouders en hun kinderen.
In onderstaand deel gaan we eerst in op een aantal prevalentiegegevens. Daarna proberen we – zonder hierbij volledigheid na te streven – een zeker profiel te schetsen van drugverslaafde ouders en hun kinderen met aandacht voor problemen, risico's en beschermende factoren en de hulpvragen van deze ouders en kinderen. Tenslotte gaan we hier reeds kort in op een aantal problemen bij de hulpverlening aan deze doelgroep.

1.2.1 Een schatting van het aantal drugverslaafde ouders met kinderen

In België zijn weinig cijfergegevens voor handen over de omvang van de problematiek. Piron (1996) schatte op basis van extrapolatie van Brusselse cijfergegevens dat er in België jaarlijks 1000 kinderen van drugverslaafde moeders geboren worden. Volgens Matthys (2000) zouden in België – rekening houdende met Nederlandse schattingen uit het begin van de jaren '90 – ongeveer vijf- à zevenduizend kinderen een drugverslaafde vader of moeder hebben.

In de internationale literatuur kunnen we op meer concrete cijfergegevens terugvallen. Het aantal vrouwelijke druggebruikers met één of meer kinderen varieert tussen 8 en 17% (EWDD, 2000).
Ook omtrent het aantal kinderen die prenataal blootgesteld worden aan overmatig alcohol- of druggebruik bestaan uiteenlopende cijfergegevens. Volgens Zuckerman et al. (1996 in: Mallouh, 1996) is er in 10 tot 30% van alle zwangerschappen sprake van drug- of alcohol-gebruik. Cohen (2000) stelt dat 2 à 11% van de baby's intra-uterien blootgesteld worden aan illegale drugs (alcohol niet meegerekend). Ook Klee et al. (1998) rapporteren enkele cijfergegevens: zij geven aan dat schattingen variëren van 4 tot 15 'drugbaby's' per 1000 geboortes, maar ze voegen er onmiddellijk aan toe dat dit wellicht een onderschatting is, gezien de angst van deze ouders om met de hulpverlening in contact te komen.

In de Verenigde Staten wordt geschat dat 1 op 10 pasgeborenen het kind is van een drugverslaafde moeder (Committee on Substance Abuse, 1995). Dit betekent dat in de V.S. ongeveer 10 miljoen kinderen opgroeien bij verslaafde ouders (Janisch, s.d.). In Nederland werd het aantal kinderen van drugverslaafde ouders een aantal jaren geleden op meer dan 5000 geschat (Gunning, 1995; Leenders, 1992). Leopold & Steffan (1997) geven aan dat er in Nederland ongeveer 2 à 3000 kinderen van drugverslaafde ouders zijn.

Ook de interviews uit ons onderzoek leverden geen exacte cijfergegevens op omtrent de prevalentie van deze problematiek. In één ziekenhuis wordt gezegd dat ongeveer één drugverslaafd koppel per maand komt bevallen; in de Centra voor Kinderzorg en Gezins-ondersteuning (CKG) stelt men dat van 1/3 kinderen de ouders alcohol- of drugproblemen

hebben. Het aantal gezinnen met problemen inzake illegale drugs vormt echter een minderheid. Volgens Kind en Gezin zouden er in Gent jaarlijks 25 kinderen geboren worden van wie de ouder een drugprobleem heeft.
In voorzieningen waar volwassenen met drugproblemen worden opgenomen lopen de cijfers over het aantal cliënten met kinderen sterk uiteen. In De Pelgrim stelt men dat ongeveer 30% van de opgenomen cliënten één of meer kinderen heeft. In het MSOC begeleidt men jaarlijks ongeveer 20 à 30 zwangerschappen, 15 à 20 geboortes en zijn er nog minstens 30 andere kinderen geplaatst. In het CGG De Drie Stromen in Lokeren is ongeveer één op vijf cliënten met drugproblemen ook ouder van een kind. Uit de registratiegegevens van de Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafdenzorg blijkt dat ongeveer 25% van de cliënten kinderen heeft, wat wellicht een onderschatting is van de werkelijkheid gezien veel drugverslaafde ouders geen contact hebben met de hulpverlening.

Clarke & Forby (2000) stellen dat er een duidelijke stijging merkbaar is van het aantal cliënten dat kampt met een drugproblematiek en van het aantal kinderen waarvan één of beide ouders drugproblemen hebben. Dit gegeven werd in de interviews bevestigd.

Bovenstaande gegevens wijzen er op dat het aantal kinderen van drugverslaafde ouders in België wellicht vrij aanzienlijk is. Wellicht heeft één vierde à één derde van alle druggebruikers één of meerdere kinderen. ***Eenduidige, exacte cijfergegevens*** zijn voor België momenteel echter niet beschikbaar.

1.2.2 Een profiel van drugverslaafde ouders en hun kinderen

A. Kinderen van drugverslaafde ouders

- **Gevolgen van druggebruik tijdens de zwangerschap**

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat druggebruik tijdens de zwangerschap een duidelijke invloed kan hebben op het kind (cf. Brady et al., 1994; Groeneweg & Lechner-van de Noort, 1988; Kaltenbach, 1994; McCance-Katz, 1991; Vanderplasschen, 1997). Vooral de mogelijke fysieke gevolgen van de intra-uteriene blootstelling aan drugs worden hierbij belicht. Er bestaat veel minder onderzoek naar de gevolgen van druggebruik voor de psychische ontwikkeling van het kind en voor de ontwikkeling van de vroege relatie tussen moeder en kind (Pajulo et al., 1999).
Vroeggeboorte, intra-uterien overlijden, bloedarmoede, intra-uteriene groeiretardatie, foetale stress, placentale insufficiëntie en het 'Neonataal abstinentie syndroom' (NAS) worden onder meer aangegeven als mogelijke **lichamelijke gevolgen** van druggebruik tijdens de zwangerschap. Het NAS is de verzamelnaam voor de verschillende abstinentieverschijnselen bij het kind, die veroorzaakt worden door het gebruik van opiaten (vooral heroïne) door de moeder gedurende de zwangerschap. Het betreft ondermeer volgende symptomen: gastro-intestinale disfuncties, tremoren, braken, slechte slaappatronen, stuiptrekkingen, koorts, schril en langdurig huilen, abnormale sensitiviteit voor aanrakingen, verhoogde cardiale activiteit, algemene geïrriteerdheid, verhoogde ademhalingsfrequentie, diarrhee, hevig zuigen op de vuisten, … (Gunning, 1995; McCance-Katz, 1991; Vanderplasschen, 1997; 1999).

- **Gevolgen voor de psychosociale ontwikkeling**

Hoewel Soepatmi (1992) stelt dat de aanvankelijke problemen van kinderen van drugverslaafde ouders gevoelig verminderen tijdens de verdere ontwikkeling, geven verschillende onderzoekers (cf. Hawley, 1994; van Baar, 1991) problemen aan in de verdere ontwikkeling. Bij **jonge kinderen** worden vertragingen in de ontwikkeling en in de taal gemeld (Davis, 1990). Er wordt ook melding gemaakt van gedragsproblemen, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), gedragsstoornissen, agressief gedrag, gebrek aan concentratie, geringe sociale inhibitie, weinig sociale vaardigheden, vertraging in de motorische ontwikkeling en leerstoornissen (cf. Davis, 1990; Dawe et al., 2000; Groeneweg & Lechner-van de Noort, 1988; Luthar et al., 1998; van Baar et al., 1993; Vanderplasschen, 1997; Whiteside-Mansell et al., 1999). Over mogelijke stoornissen in de cognitieve ontwikkeling bestaat in de literatuur geen eensgezindheid (Soepatmi, 1992; van Baar, 1991).

Ook op **latere leeftijd** kunnen deze kinderen nog heel wat problemen ontwikkelen, zoals wangedrag, spijbelen, gedragsproblemen, delinquentie, druggebruik, leerproblemen, slechte schoolprestaties en overzitten, angst, depressie en emotionele labiliteit, een lager zelfbeeld, aangeleerde hulpeloosheid, gevoelens van schuld en schaamte, problemen met intimiteit, gebrek aan interpersoonlijke en sociale vaardigheden, enz. (Mayes et al., 1992; Vanderplasschen, 1997).

In deze gezinnen komt soms '**parentificatie**' of 'rolomkering' voor (Hoet, 1999). Hiermee wordt bedoeld dat kinderen zich vaak op een heel volwassen manier gedragen in deze gezinnen, waarbij ze spontaan heel wat taken van de ouder overnemen. Dit zorgt ervoor dat deze kinderen heel vroeg verantwoordelijkheid opnemen, zich heel volwassen gedragen, weinig spelen, etc.. Soms kan dit bij deze kinderen een belangrijk **isolement** veroorzaken ten aanzien van leeftijdsgenoten, niet in het minst uit schrik om vriendjes mee naar huis te brengen (Leopold & Steffan, 1997).
Heel wat kinderen hebben het moeilijk met de onvoorspelbaarheid en **onbetrouwbaarheid** van hun ouder(s) en van de gezinssituatie in zijn geheel. Het gebrek aan een regelmatig leven met een vaste structuur (bv. dag- en weekritme) houdt hiermee verband en vormt een bijkomend probleem (Janisch, s.d.). De kinderen hebben het ook vaak moeilijk met de vele ontgoochelingen wanneer ouders opnieuw een belofte niet nakomen (Leopold & Steffan, 1997). Het is dan ook niet verwonderlijk dat heel wat van deze kinderen met hele complexe en ambivalente **gevoelens** ten aanzien van hun ouders moeten omgaan: angst voor het onvoorspelbaar en willekeurig gedrag, angst dat de verslaving publiek bekend zal worden, angst voor verlies van de ouder of om verlaten te worden, … Haat en liefde liggen vaak dicht bij elkaar, wat bij heel wat kinderen schuldgevoelens veroorzaakt, vanuit een grote loyaliteit ten aanzien van hun ouders (Hoet, 1999; Leopold & Steffan, 1997).

- **Een complex samenspel van factoren**

Uiteraard kan een aantal van bovengenoemde problemen (mede) het gevolg zijn van het **prenataal druggebruik** door de moeder, maar niettemin is het belangrijk om te benadrukken dat bovenstaande problemen niet volledig verklaard kunnen worden door deze prenatale blootstelling aan drugs. Veel drugverslaafde moeders stoppen hun druggebruik immers tijdens de zwangerschap of starten pas met druggebruik na de geboorte. De invloed van het **milieu** waarin deze kinderen opgroeien is dan ook van groot belang bij het ontwikkelen van bepaalde gedrags- en ontwikkelingsproblemen (Mc Cance-Katz, 1991; Vanderplasschen, 1997).

Op basis van het huidig wetenschappelijk onderzoek kan de invloed van druggebruik tijdens de zwangerschap heel moeilijk onderscheiden worden van andere beïnvloedende factoren binnen het gezin en de sociale omgeving van het kind, zoals armoede, het ontbreken van een vaderfiguur, weinig sociale steun, gebrekkige voeding, … Het huidig onderzoek op dit terrein wordt daarenboven vaak gekenmerkt door methodologische tekortkomingen (cf. Brady et al., 1994; Vanderplasschen, 1997).

> *“The more that research takes into account the overall living conditions of the women affected (...), the more apparent it becomes that the life-style as a whole has an impact on the development of the foetus. The worse the living conditions and the more hazardous the life-style, the more negative are the effects of the drugs on both the mother and the child. For this reason, literature on the subject nowadays only refers to associations or non-specific relationships between the consumption of psychotropic substances and their effects on the foetus, not to a chain of causes and effects” (Vogt, 1996, p. 99, in: Leopold & Steffan, 1997).*

Dawe et al. (2000) stellen dat de grootste **invloed** niet zozeer uitgaat van het middelengebruik tijdens de zwangerschap, maar wel van de kwaliteit en adequaatheid van de thuisomgeving en de aanwezigheid van verwaarlozing, misbruik of geweld. Dus zeker niet elk kind dat opgroeit in een gezin waar één of beide ouders verslaafd zijn, ontwikkelt gedragsproblemen.
Groeneweg (1990) maakt een onderscheid tussen primaire en secundaire risico’s. Met **primaire risico’s** doelt hij op de directe lichamelijke effecten voor het kind, die het gevolg zijn van druggebruik tijdens de zwangerschap. Met **secundaire risico’s** geeft hij problemen bij het kind aan die geen direct gevolg zijn van druggebruik, zoals bv. het minder reageren op de omgeving, het minder in alerte toestand verkeren, minder beschikbaar zijn voor interactie, het zich moeilijk laten knuffelen en troosten en gedragsproblemen. Deze problemen kunnen er toe leiden dat het moeilijker is voor de moeder om met het kind om te gaan, wat op zijn beurt andere problemen in de ontwikkeling van het kind kan veroorzaken.

De vaststelling dat een verslavingsgeschiedenis alom tegenwoordig is bij de biologische ouders van alcohol- en drugverslaafden laat een erfelijke factor vermoeden (Vanderplasschen, 1997). Ondanks het feit dat uit tweeling- en adoptieonderzoek blijkt dat er vrij veel evidentie bestaat voor de aanwezigheid van een zekere **erfelijke factor** bij drugverslaving, kon er tot nu toe geen ‘drug-gen’ gelokaliseerd worden (Gunning, 1995). Kinderen van drugverslaafde ouders kunnen dus een zekere **kwetsbaarheid** voor verslaving overerven, wat – door een gebrekkige inhibitie – faciliterend kan werken voor het ontstaan van verslaving in deze en volgende generatie(s). Een voldoende verklaring voor het ontstaan van drugverslaving biedt deze erfelijke kwetsbaarheid echter niet (Vanderplasschen, 1997; 1999).

Wellicht gaat het dus om een ***complex samenspel*** van verschillende ***risico- en beschermende factoren***, zowel bij het kind, de ouders en de sociale omgeving als de ruimere maatschappelijke context. Dit samenspel bepaalt hoe het kind zich uiteindelijk zal ontwikkelen. Er kunnen geen duidelijke, lineaire verbanden gelegd worden tussen bepaalde factoren en de uiteindelijke ontwikkeling van het kind. Een model waarbij zowel biologische, sociale als psychologische elementen (***bio-psycho-sociaal model***) bij ouder, kind en omgeving én de interactie tussen deze factoren wordt bekeken zal wellicht het meest recht doen aan de complexiteit van deze situatie.
Ondanks dit complexe samenspel gaat onmiskenbaar een belangrijk effect uit van de ouder-kindrelatie op de uiteindelijke invloed van de verschillende risico- en beschermende factoren (Dawe et al, 2000). Dit wijst op het belang van interventies gericht op de ouder-kindrelatie en op de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) .

Voor een meer volledig overzicht van mogelijke problemen bij kinderen van drugverslaafde ouders verwijzen we naar meer specifieke literatuur (cf. Groenweg & Lechner-van de Noort, 1988; Hedrich, 2000; Johnson & Leff, 1999; Leopold & Steffan, 1997; McNamara, 1995; Vanderplasschen, 1997) en naar de recent uitgegeven brochure ‘Druggebruik en Zwangerschap’ van het N.O.O.D.-project in Antwerpen waarmee men een praktische gids voor hulpverleners wil aanbieden (Rombouts, 2000b).

- **Beschermende factoren bij het kind**

Over beschermende eigenschappen bij kinderen van drugverslaafde ouders is in de literatuur weinig terug te vinden. Wel wordt aangegeven dat deze kinderen zeker niet altijd ontwikkelingsproblemen hebben omwille van een ‘verbazingwekkende veerkracht’, maar meer concrete elementen worden meestal niet aangegeven.

> *“Meine Erfahrung mit Kindern auch aus so schwierigen Situationen ist, daβ trotz all dieser Handicaps ein enormes Entwicklungspotential vorhanden ist. Es ist immer wieder erstaunlich, es ist immer wieder erfreulich, es macht auch immer wieder Mut zu sehen, was Kinder im Laufe einer guten Betreuung und Begleitung, an Traumatiseringen, an Beeinträchtigungen, an Handicaps ausgleichen und an Defiziten wieder aufholen können” (Janisch, s.d., p. 5).*

In de literatuur over kinderen van alcoholverslaafde ouders worden wel een aantal beschermende factoren vermeld zoals een uitgebreide vriendengroep, steun van de omgeving, inzicht in de problematiek van de ouders, onafhankelijkheid ten opzichte van het eigen gezin en intieme en bevredigende relaties worden vermeld (Wolin & Wolin, 1995). Ook het bestaan van rituelen in het gezin (bv. altijd samen aan tafel voor het avondeten, af en toe samen een uitstap doen) blijkt een beschermende factor.

We willen er hier zeker aan toevoegen dat – ondanks de vele risico’s die kinderen van drugverslaafde ouders lopen – veel van deze kinderen zich vrij normaal ontwikkelen (cf. Leenders, 1992). Opgroeien met een drugverslaafde ouder hypothekeert dus niet noodzakelijk de ontwikkeling van deze kinderen. Ook al vormen deze kinderen een bijzondere kwetsbare groep, toch tonen heel wat kinderen de nodige weerbaarheid en kunnen ze veerkracht putten uit individuele eigenschappen én omgevingsfactoren, zodat ze een vrij voorspoedige ontwikkeling kennen Kinderen blijken immers vaak over een opmerkelijk ontwikkelingsherstel te beschikken en hun reacties worden in sterke mate bepaald door hun subjectieve beleving van de werkelijkheid en hun eigen creatieve inbreng (Vanderplasschen, 1997). Het gaat dus vaak om **‘weerbare’ kinderen.**

- **Besluit**

Kinderen van drugverslaafde ouders vormen dus een heel heterogene groep. Heel wat van deze kinderen ontwikkelen zich – ondanks verschillende risico’s – vrij normaal. Andere kinderen hebben dan weer te kampen met ernstige ontwikkelingsproblemen. Het betreft immers een samenspel van bedreigende en beschermende factoren op biologisch (bv. ‘overerfbare’ kwetsbaarheid, prenatale blootstelling aan drugs), psychologisch (bv. veilige hechting, goede cognitieve ontwikkeling) en sociaal (bv. opvoedingsstijl van de ouders, huisvesting, armoede) vlak. Dit alles pleit voor een sterk **geïndividualiseerde** aanpak, waarbij zorg op maat van het kind en zijn ouders en zorgcontinuïteit centraal staan.

B. Drugverslaafde ouders

In dit deel wordt een aantal risicofactoren aangegeven die vaak vastgesteld worden bij drugverslaafde ouders. De hier aangegeven problemen zijn uiteraard onderling sterk verweven en kunnen zowel ouder, kind als de hele gezinssituatie beïnvloeden.

- **Verslavingsvariabelen**

Door hun verslaving zijn deze ouders vaak heel intens bezig met een bepaald (illegaal) middel, waardoor de zorg voor hun kind op de tweede plaats dreigt te komen (Greenleaf, 1989). Hierdoor is er vaak een gebrek aan **betrokkenheid** tegenover de kinderen, zeker tijdens periodes van frequent druggebruik (Mallouh, 1996). Mede hierdoor worden heel wat kinderen reeds op jonge leeftijd geplaatst, wat soms een gebrek aan **continuïteit** in de moederlijke zorg voor gevolg heeft (Hans et al., 1999). Vaak is deze discontinuïteit verbonden met het druggebruik van de ouders (ibid.; Swift & Copeland, 1996). In Nederland zou ruim de helft van deze kinderen voor hun 10de jaar geplaatst zijn (Vanderplasschen, 1999).
Onderzoek van Tyler et al. (1997) wees uit dat kinderen die bij hun moeder konden blijven tot de leeftijd van 6 maanden een betere ontwikkeling kenden dan kinderen die bij verwanten geplaatst waren. Wel moet gesteld worden dat het garanderen van de veiligheid van de kinderen die bij hun moeder konden blijven bij een aantal moeders betwijfeld kon worden, gezien drie kinderen overleden waren en in twee gezinnen misbruik of verwaarlozing vermoed werd. Dit laatste gegeven mag bij druggebruikende ouders zeker niet over het hoofd worden gezien, hoewel ook in dit onderzoek geconcludeerd werd dat het helemaal niet duidelijk is op basis van welke factoren men besluit om al dan niet tot plaatsing van het kind over te gaan. Ook in de interviews werd dit aangegeven.

Het druggebruik en de chaotische levensstijl van de ouder kan de emotionele en fysieke **beschikbaarheid** en de aandacht voor het kind beïnvloeden (Nardi, 1998). Ook de veranderde **gemoedstoestand** – veroorzaakt door druggebruik – heeft een belangrijke invloed op de omgang met het kind. Deze kinderen worden soms herhaaldelijk geconfronteerd met ontgoochelingen, loze beloften, onzekerheden en instabiliteit (Leopold & Steffan, 1997). Ook hulpverleners kunnen vaak moeilijk omgaan met het feit dat het druggebruik van de ouder alle goede voornemens en plannen kan doorkruisen of teniet doen.
Daarenboven kan gesteld worden dat de **strijd tegen de verslaving** vaak zoveel energie vergt van de ouder dat er nog weinig ruimte en energie overblijven om te investeren in het kind.

- **Eigen familiale voorgeschiedenis**

Veel drugverslaafde vrouwen hebben een weinig positieve **familiale voorgeschiedenis**, waarbij de aanwezigheid van drug- en alcoholverslaving bij (één van) de ouders, ruzies en geweld binnen het gezin, weinig positieve rolmodellen, het verblijf in één of meer instellingen of pleeggezinnen, … vaak voorkomen (Davis, 1990).
Drugverslaafde vrouwen kennen vaak een verleden met mishandeling of seksueel **misbruik** (cf. Cosden & Cortez-Ison, 1999; Davis,1990; Harmer et al., 1999; Killeen et al., 1995). Deze traumatische ervaring beïnvloedt de identiteit en het zelfbeeld van deze vrouwen (en moeders) en soms worden deze problemen geprojecteerd naar de opvoeding van de eigen kinderen.

Heel wat vrouwen kunnen bijgevolg bij de opvoeding van de eigen kinderen weinig steunen op eigen **ervaringen.** Veel vrouwen hebben nooit goede rolmodellen gezien om adequate

ouderlijke vaardigheden te kunnen aanleren (Killeen & Brady, 2000). Vandaar dat deze ouders soms over weinig **ouderlijke vaardigheden** en interactionele kwaliteiten beschikken (Camp & Finkelstein, 1997; Fineman et al., 1997; Vanderplasschen, 1997; 1999).
Een gebrek aan **kennis** over de ontwikkeling van het kind kan daarenboven leiden tot een verkeerde inschatting van de noden en mogelijkheden van hun kind, wat heel wat problemen met zich meebrengt (Davis, 1990). Deze ouders moeten zelf meestal nog heel veel leren, terwijl ze op het moment dat ze ‘ouder’ worden, juist zelf iemand anders veel moeten leren.
Deze voorgeschiedenis laat ook toe te begrijpen dat deze ouders vaak moeilijkheden ondervinden om adequate grenzen op te leggen aan hun kinderen, want ze willen het vaak zo goed doen en ervoor zorgen dat hun kinderen een betere jeugd hebben dan zij. Dit creëert niet alleen onrealistische verwachtingen ten aanzien van hun kind en de opvoeding, maar dit resulteert soms ook in **verwenning** van het kind. Schuld- en schaamtegevoelens vinden vaak hun oorsprong in gemiste kansen in de eigen kindertijd.

- **Psychische problemen**

Vanuit hun traumatisch verleden kampen heel wat vrouwen met ernstige **psychische en psychiatrische problemen**, zoals depressie en posttraumatische stressstoornis (Kaplan et al., 1999; Mallouh, 1996). De invloed van psychische of psychiatrische problemen op de omgang van de moeder met haar kind kan groot zijn, zodat de oorzaak van deze psychische problemen, namelijk het **traumatisch verleden**, binnen de hulpverlening aan drugverslaafde moeders en hun kinderen niet onbehandeld kan blijven (Beckwith et al., 1999). Deze **invloed** van psychische problemen op de omgang van de moeder met haar kind kan van rechtstreekse aard zijn, maar kan ook onrechtstreeks gebeuren. Met onrechtstreeks wordt gedoeld op de invloed van de persoonlijkheid van de moeder op haar kijk op de moederrol, op haar opvoedingsmethoden, de kijk op haar kind, … Fineman et al. (1997) bijvoorbeeld spreken over de belangrijke invloed van de ego-ontwikkeling van de moeder op de interactie met haar kind. Bepaalde traumatische gebeurtenissen kunnen een negatieve invloed hebben op het **emotioneel welbevinden** van de moeder, wat op zijn beurt haar taak als moeder sterk kan beïnvloeden (Harmer et al., 1999).

- **Relationele en sociale problemen**

Vooreerst staan deze vrouwen er bij de opvoeding van hun kinderen vaak alleen voor. Wanneer ze een **partner** hebben, gaat dit soms gepaard met verschillende relationele problemen (wisselende relaties, geweld, weinig overgebleven familiale banden,…) of is er een grote afhankelijkheid van deze partner (financieel, emotioneel en/of materieel) (Groeneweg & Lechner-van de Noort, 1988). Hierdoor gaat het vaak om complexe en wisselende leefsituaties, waardoor het kind vaak met ‘nieuwe’ ouders of gezinsleden moet rekening houden.
Bovendien beschikken weinig drugverslaafde ouders over een uitgebreid **sociaal netwerk**, vaak omdat de familiale banden (noodgedwongen) werden doorgeknipt of omdat ze in de buurt omwille van hun drugverslaving sociaal geïsoleerd zijn geraakt (Strijker et al., 1999). Waar steun vanuit het eigen sociaal netwerk een enorme hulp kan zijn binnen de opvoeding – zeker als het gaat om kinderen met nood aan extra ondersteuning of zorg – moeten drugverslaafde ouders dit eveneens alleen zien te realiseren zonder de steun van anderen (Harmer et al., 1999).
Tenslotte beschikken deze ouders soms over weinig **sociale vaardigheden** of weinig **copingvaardigheden** om met bepaalde stressoren in hun leven om te gaan (Davis, 1990).

- **Sociaal-economische situatie**

Een verslavingsprobleem brengt vaak **financiële problemen** met zich mee en bovendien hebben deze ouders vaak weinig scholing en ook geen werk(vaardigheden). Dit kan niet alleen een sociaal isolement als gevolg hebben, maar ook andere problemen zoals een slechte huisvesting, eenzijdige voeding, onveilige speelsituaties, affectieve verwaarlozing, … Veel ouders komen – om toch in bepaalde elementaire levensbehoeften te kunnen voorzien en door de illegaliteit van het middel – in de **criminaliteit**, prostitutie of andere gevaarlijke probleem- of illegale situaties terecht, waarin ze met politie en justitie in contact komen (Strijker et al., 1999).

- **Problemen bij het kind**

Het gebrek aan ouderlijke vaardigheden ontstaat vanuit een combinatie van factoren, waarbij ook een grote invloed kan uitgaan van bepaalde problemen bij het **kind** zelf; Zo is er vaak sprake van gebrek aan responsiviteit, medische problemen, de moeizame voeding, de vlug geïrriteerde baby, verstoorde slaappatronen, etc. (van Baar, 1991). De moeder die zo al weinig zelfwaardegevoel heeft, ervaart deze problemen vlug als een enorme verwerping van de kant van de baby, als het zoveelste mislukken … (Reder & Duncan, 1995).

- **Misbruik en verwaarlozing – plaatsing**

In verschillende studies wordt melding gemaakt van het risico op **misbruik** en **verwaarlozing** in deze gezinnen (cf. Camp & Finkelstein, 1997; Hawley et al., 1995; No Safe Haven, 1999; Peterson et al., 1996; Stevens & Arbiter, 1995; Zuckerman, 1994). Als gevolg hiervan worden heel wat van deze kinderen geplaatst (Keesmaat, 1989), wat discontinuïteit van de moederlijke zorg met zich meebrengt en voor de drugverslaafde ouder opnieuw een bevestiging is van het negatief zelfbeeld en de eigen incompetentie (Raskin, 1992).

- **Angst voor stigmatisering**

Een bijkomend belangrijk probleem bij deze moeders is de **stigmatisering** door zowel de samenleving als de hulpverlening (Finnegan, 1991). Deze stigmatisering kan gezien worden als een rechtstreeks gevolg van de moeder-rol die door deze mensen wordt opgenomen en die door de maatschappij gezien wordt als onverenigbaar met druggebruik (Klee & Jackson, 1998). De maatschappij én de eigen omgeving kijken bij deze ouders vaak met een 'al-wakend' oog toe en deze moeders moeten vaak telkens opnieuw bewijzen dat ze een goede moeder kunnen zijn (Klee & Jackson, 1998). De maatschappij verwacht bovendien dat de moeder haar druggebruik zal verminderen of onder controle zal houden.
Deze stigmatisering wordt – zeker in de Verenigde Staten – nog versterkt door het groeiend aantal **HIV-besmettingen** en door een stijgend aantal baby's van crack gebruikende moeders. Vele zwangere druggebruikende vrouwen worden dan ook geconfronteerd met een grote **angst**: angst voor discriminatie en negatieve oordelen, angst voor mogelijke schade aan de gezondheid van het kind, angst dat het kind zal weggenomen worden, angst om sociaal geïsoleerd te raken wanneer men uit de huidige levensstijl stapt, … (Klee & Jackson, 1998). Deze angst – zeker waar het de angst voor stigmatisering en veroordeling betreft – kan sterk verlammend werken en belemmert vaak de stap naar de hulpverlening (Whiteside-Mansell et al., 1999). Bovendien ligt het geven van kritiek (onder meer op de opvoeding) vaak heel gevoelig bij deze mensen, wat kan leiden tot vooroordelen en misverstanden en wantrouwen

ten aanzien van alle hulpverleners. Veel drugverslaafde moeders kampen daarenboven met grote **schuldgevoelens** ten aanzien van hun kind.

- **Zwangerschap als keerpunt**

Voor veel verslaafde vrouwen komt de zwangerschap eerder **onverwacht** (Leenders et al., 1988). Omdat ze niet meer of onregelmatig menstrueren, denken veel vrouwen immers dat ze onvruchtbaar zijn en gebruiken ze geen of weinig contraceptiva (Vanderplasschen, 1997).
Ook al is de zwangerschap dus meestal niet gepland, toch is er veelal een (latente) **kinderwens** aanwezig (Keesmaat, 1989). De zwangerschap kan een nieuwe, positieve dimensie geven aan het leven van de verslaafde vrouw, een moment dat heel wat kansen tot verandering inhoudt (Nardi, 1998). Het gebeurt dan ook vrij vaak dat moeders – omwille van hun kind – toch de stap naar de (drug)hulpverlening zetten of uit zichzelf – zonder uitgebreide begeleiding – hun gebruik verminderen of zelfs volledig stoppen (Pajulo et al., 1999).

- **Beschermende factoren bij drugverslaafde ouders**

Een belangrijke beschermende factor is het **sociaal netwerk** rond het gezin, voornamelijk dan de aanwezigheid en beschikbaarheid van één of meer grootouders, die de ouder kunnen ondersteunen in de zorg voor het kind. Een andere beschermende factor is het intact zijn van een aantal **levensterreinen** zoals een stabiele relatie, een goede huisvesting, het hebben van een vaste job, contact met de familie. Ook **gestabiliseerd druggebruik** wordt aanzien als een beschermende factor. Klee et al. (1998) vermelden volgende factoren: een stabiele relatie of een stabiele vaderfiguur, grootmoeders die in de zorg kunnen ingeschakeld worden en hulpverleners die toegang hebben tot het gezin.

C. Een typering van de doelgroep: enkele bedenkingen

Een combinatie van problemen beïnvloedt het functioneren als persoon en als ouder. Verslaafde vrouwen brengen niet alleen hun verslaving in als risicofactor in de opvoeding, maar ook een aantal andere risicofactoren die direct of indirect kunnen bijdragen tot een 'verarmd' ouderschap (Hans et al., 1999). Het gaat hier veelal om '**multi-problem gezinnen**' (Ghesquière, 1996). Het drugprobleem is – naast de andere problemen – een niet te onderschatten factor, die meestal nauw verband houdt met een aantal van de andere problemen (bv. gezondheid, financiële problemen,…). Kan het drugprobleem gezien worden als één van de verschillende risicofactoren of heeft dit een grotere impact (Kettinger et al., 2000)? Bovendien stelt zich de vraag welke invloed het drugprobleem heeft op het vervullen van de ouderrol. Of kan met Nardi (1998) gesteld worden dat in een gezin waarin een ouder een drugprobleem heeft niet het kind de spil is van de familie, maar dat wel de drug alle aandacht naar zich toetrekt? Uit bovenvermeld onderzoek van Kettinger et al. (2000) blijkt alvast dat niet alle druggebruikende vrouwen over weinig ouderschapsvaardigheden beschikken, hoewel ouders waarbij naast drugproblemen nog andere risico's aanwezig zijn wel vaak over minder ouderschapsvaardigheden beschikken (cf. Peterson et al., 1996).

In deze gezinnen komt soms verwaarlozing of mishandeling voor, maar toch kan gesteld worden dat ook drugverslaafde ouders hun kind 'gewoon' graag zien (Harmer et al., 1999). Men kan zeker niet concluderen dat alle ouders die drugs gebruiken onvoldoende zorg verlenen aan hun kind (Brady et al., 1994). Wel moeten deze ouders omgaan met verschillende moeilijke elementen, zoals eigen ervaringen van misbruik of verwaarlozing,

effecten van het eigen druggebruik tijdens de zwangerschap op het kind en alle bijhorende gevoelens, de stigmatisering door de maatschappij omwille van dit druggebruik, allerlei financiële beslommeringen of gebrek aan voldoende behuizing, etc.. (Harmer et al., 1999). Het lijkt dan ook beter om drugverslaving te bekijken als een factor die responsief en verantwoordelijk gedrag van de ouder kan bemoeilijken, eerder dan een factor die het vrouwen onmogelijk maakt om goede ouders te zijn (Marcenko et al., 2000).

Zoals bij niet verslaafde ouders gaat het bij deze ouders om een continuüm van zorgdragen voor het kind, gaande van deficiënt tot adequaat (Rodning et al., 1991). Dit continuüm kan fluctueren naargelang het druggebruik van de ouder (Marcenko et al., 2000). Werken rond ouderlijke vaardigheden kan in die zin niet enkel het kind ten goede komen, maar kan ook bijdragen tot de zelfwaarde en het gevoel van competentie bij de moeder (Camp & Finkelstein, 1997; Powis et al., 2000)). ‘**Parenting training**’ zou de moeder-kind interactie en de ouderschapsvaardigheden significant verbeteren (Camp & Finkelstein, 1997; Catalano et al., 1999), wat preventief kan werken ten aanzien van het ontwikkelen van gedragsproblemen bij de kinderen (cf. Catalano et al., 1999).

1.2.3 Problemen in de hulpverlening

- **Versnippering**

Zoals reeds beschreven gaat het bij deze gezinnen meestal om een heel complexe en meervoudige problematiek. Veelal komen deze cliënten in contact met **verschillende diensten** vanuit diverse sectoren, zoals welzijnswerk, algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, onderwijs, drughulpverlening, bijzondere jeugdbijstand, kinderzorg, etc.. Gezien de onderling verweven problematiek in deze gezinnen is hulpverlening die zich enkel richt op (één van) de problemen van de ouders of van de kinderen gedoemd om te mislukken. De te sterke **versnippering** van het hulpverleningsaanbod, het gebrek aan samenhang en coördinatie wat betreft visie en werking en de te éénzijdige focus van voorzieningen wordt gezien als een belangrijk probleem in de hulpverlening aan deze cliënten (Jones et al., 1999; Mallouh, 1996). Volgens Sproet & Vos (1996) kan residentiële behandeling van deze gezinnen maar succesvol zijn als verschillende disciplines geïntegreerd worden in één consistent behandelingsprogramma, waarbij voldoende mogelijkheden gecreëerd worden om de hulpverlening onderling af te stemmen.

> *“The problems in these families are complex and strongly interconnected; the problems of the individual members form an integrative and constituting part of the family-problems. The individual problems intensify the family problems and vice versa. To affect the family as a system one should also pay attention to the problems of the individual members. And to affect the individual members on the other hand, one should pay attention to the family system. This is in short what an integrative approach should contain” (Sproet & Vos, 1996, p. 9).*

- **Gebrek aan residentiële opvang voor het kind**

Deze ouders staan vaak afkerig tegenover behandeling, omdat ze geen **opvang** vinden voor hun kind of omdat ze niet willen gescheiden worden van hun kind (Schumacher et al., 1996; Volpicelli et al., 2000; Zuckerman, 1994). Uit onderzoek van Swift & Copeland (1996) blijkt dat meer dan de helft van de onderzochte moeders het gebrek aan (residentiële) kinderopvang als een belangrijke barrière zag om de stap naar de hulpverlening te zetten . Onderzoek van Hughes et al. (1995) stelt bovendien dat moeders significant langer in behandeling blijven wanneer hun kind mee wordt opgenomen, langer dan de groep die een ‘gewone’ behandeling volgde en bij wie het kind bij een andere zorgverlener of iemand uit de naaste omgeving verbleef. Een aantal van de karakteristieken die drugverslaafde ouders een belangrijke doel-groep maken voor behandeling, zijn net die factoren die het ook moeilijk maken om deze doelgroep in behandeling te krijgen en ook succesvol te behandelen (Volpicelli et al, 2000).

- **Angst en gebrekkige detectie**

Zoals gezegd hebben veel drugverslaafde moeders angst voor stigmatisering als ze hulp zoeken (Copeland & Hall, 1993; EWDD, 2000; Hedrich, 2000; Marcenko et al., 2000; Powis et al., 2000) en ze vrezen dat hun kind geplaatst zal worden op het moment dat ze naar de hulpverlening stappen (Hedrich, 2000). Ze kiezen dan ook liever om gewoon geen hulp te zoeken. Bovendien worden zeker niet alle drugverslaafde moeders ook werkelijk **gedetecteerd** in de (niet-categoriale) hulpverlening, wellicht vanuit een gebrek aan kennis (Finnegan, 1991). Dit alles maakt dat heel wat zwangere vrouwen niet of pas zeer **laat** in contact komen met de hulpverlening (Merrick, 1985). Hierdoor vergroot niet alleen de kans op problemen bij het kind na de geboorte, maar wordt het ook moeilijker om een band op te bouwen tussen moeder en hulpverlener om verdere ondersteuning te kunnen bieden.

- **'Vrouw-onvriendelijke' programma's**

Vrouwen met een drugproblematiek kijken vaak tegen **hogere barrières** op om zich (residentieel) te laten behandelen dan mannen (cf. Grella, 1996; Schumacher et al., 1996; Zuckerman, 1994). Bestaande behandelprogramma's zijn vaak te confronterend, te hard, te mannelijk georiënteerd.

- **'Antwoorden' vanuit de hulpverlening**

De laatste jaren zijn programma's ontstaan die zich specifiek richten op een vrouwelijke populatie of bestaande programma's werden vrouw-vriendelijker gemaakt en vandaar toegankelijker voor vrouwen. Een overzicht van enkele projecten vindt men in het onderzoek van de Pompidou-groep (Leopold & Steffan, 1997; Hedrich, 2000). Programma's die specifiek gericht zijn op een vrouwelijke populatie, richten zich meestal meer op herstel en '**empowerment**' (emancipatie) dan op 'behandeling'. Daarenboven werken deze programma's meestal minder met confronterende methodieken, voornamelijk vanuit het gegeven dat dit te moeilijk en te weinig herstellend is bij vrouwen die een traumatisch verleden met zich mee dragen (Brown et al., 1996). Deze programma's zijn dan ook meestal meer **ondersteunend** (Grella, 1996).
Daarnaast zijn in het laatste decennium verschillende voorzieningen ontstaan die **specifiek** tegemoet komen aan de noden van zwangere vrouwen en moeders met verslavingsproblemen (Finkelstein, 1993; Hedrich, 2000; Leopold & Steffan, 1997). Toch is het aantal voorzieningen specifiek gericht op moeders nog steeds relatief beperkt (EWDD, 2000). Ook het ontstaan van netwerken, het inschakelen van methodieken als case management en de evolutie naar een meer integrale en continue hulpverlening kende de laatste jaren een sterke bloei, maar blijft momenteel in België nog steeds vrij beperkt.

Hoofdstuk 2:
Resultaten

2.1 Modellen

In dit tweede deel waarin de resultaten van het onderzoek besproken worden, willen we nader ingaan op enkele modellen die gehanteerd worden in de hulpverlening aan drugverslaafde ouders. Met “modellen” doelen we op de organisatiestructuur van een bepaald hulpverleningsaanbod, bv. het programma van een voorziening, de betrokken partners, de verwijzende instanties, de kwalificatie van de teamleden, de opvangmogelijkheden voor ouders en/of hun kinderen, enzovoort…

We willen hier nog een bedenking meegeven betreffende de hieronder gehanteerde indeling: het is niet evident om voor de hieronder beschreven voorzieningen een eenduidige indeling of classificatie te hanteren. Een aantal voorzieningen kan een plaats krijgen binnen verschillende deelcategorieën. De keuze om een bepaalde voorziening toch onder te brengen binnen een bepaalde subcategorie werd genomen na onderling overleg met de stuurgroep van dit project. Concreet werd gekozen voor de ruime tweedeling tussen de niet-categoriale hulpverlening en de categoriale drughulpverlening. Binnen deze tweedeling werd dan telkens het onderscheid gehanteerd tussen ambulante en residentiële voorzieningen. Deze categorieën werden tenslotte ingedeeld in drie subcategorieën: voorzieningen die zich richten op volwassenen, voorzieningen die zich enkel naar kinderen richten en voorzieningen die zich zowel op de ouder als het kind focussen.
Netwerkvorming en meer ‘informele’ samenwerking tussen verschillende voorzieningen wordt besproken in 2.3.

2.1.1 Niet-categoriale hulpverlening

A. Ambulante voorzieningen

- **Voorzieningen voor kinderen**

Kind en Gezin

Kind en Gezin Beschikt over een uitgebreid hulpverleningsaanbod (consultatiebureau, preventief zorgcentrum,…), vooral gericht op prenatale zorg en zorg voor jonge kinderen.
Prenataal biedt Kind en Gezin gratis gynaecologisch onderzoek aan, medische en sociale begeleiding tijdens de zwangerschap en eventueel verwijzing naar andere diensten (bv. OCMW). Bovendien worden op dit moment reeds contacten gelegd met het ziekenhuis.
Na de geboorte bestaat de begeleiding enerzijds uit consultaties op het consultatiebureau, waarbij – naast de medische controle en verzorging – veel aandacht gaat naar het welzijn van de ouders en naar de ouder-kind interactie. Anderzijds bouwt Kind en Gezin haar werking vooral uit door middel van huisbezoeken, waarbij de medische ondersteuning eveneens (bv. vaccinaties, wegen,…) heel belangrijk is, maar waarbij ook pedagogische ondersteuning wordt geboden. De pedagogische ondersteuning gebeurt vooral onder de vorm van adviezen en positieve bevestiging, soms door middel van voordoen of samendoen met de ouder. Gezien het hier vooral om kleine kinderen gaat, is het grootste deel van de opvoedingsondersteuning gericht op de verzorging van het kind. De hulpverleners van Kind en Gezin erkennen dat een huisbezoek soms een controlefunctie heeft, waarbij men wil nagaan of alles in orde is met het kind en de eigen bezorgdheid naar het kind toe wat weggewerkt kan worden.
Naast deze medische, pedagogische en praktische ondersteuning (bv. geven van voeding, babykledij) heeft Kind en Gezin ook een belangrijke doorverwijsfunctie (bv. meegaan met de moeder naar de crèche of naar het OCMW).
Naast de huisbezoeken wordt momenteel ook 'groepswerk' gedaan, waarbij men tweewekelijks met een groep moeders samen komt. Eén maal per maand handelt deze samenkomst rond opvoedingsondersteuning.

Naar **drugverslaafde ouders** toe hanteert men geen specifieke interventies of methodieken. Een belangrijk probleem is het maken van afspraken of het betrekken van ouders bij de groepswerking. Soms worden 'ervaringsdeskundigen' in de kansarmoede ingeschakeld om gemakkelijker een band op te bouwen met de ouder(s).
De focus ligt wel steeds op het **kind**. Er wordt nagenoeg niet gewerkt rond de drugproblematiek en dit wordt ook niet gezien als de taak van Kind en Gezin. Stelling is ook dat wanneer de ouders goed voor hun kind zorgen, hun druggebruik op zich geen probleem is.

Vertrouwenscentrum Kindermishandeling

Het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling is in eerste instantie een meldpunt bij een vermoeden van kindermishandeling (of verwaarlozing) van een kind. Het Vertrouwens-centrum probeert een klacht zo grondig mogelijk te onderzoeken. Hierbij heeft men soms gesprekken met de ouders en met betrokken voorzieningen. Indien het vermoeden reëel blijkt, wordt doorverwezen naar het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, de Bemiddelingscommissie, de Jeugdrechtbank of de procureur des Konings.

Naar **drugverslaafde ouders** en hun kinderen toe hanteert het Vertrouwenscentrum geen specifieke aanpak. Bij deze doelgroep blijkt het wel belangrijk te zijn om de aanmeldende

hulpverleners wel te ondersteunen om een juiste inschatting te maken van de situatie. Heel dikwijls komt het er immers op aan om de paniekreactie te verzachten en in die zin de beschermingsreflex van hulpverleners tegenover kinderen van drugverslaafde ouders om te buigen in een ondersteunende houding waarbij ouders nog kansen krijgen en men probeert te zoeken naar creatieve oplossingen.
Daarnaast geeft men aan dat een aantal basishoudingen bij deze doelgroep belangrijk is, zoals voorzichtig werken en niet onmiddellijk contact opnemen met de mensen zelf. Men benadrukt ook het belang van openheid ten aanzien van de ouders en van coördinatie, zodat de deur niet 'plat' gelopen wordt door hulpverleners.
Men probeert mensen te laten voelen dat men samen met hen wil zoeken naar een constructieve oplossing voor hun problemen. In die zin wordt getracht om een band te vormen tussen gezin en buitenwereld, een soort 'derde man' in de buitenwereld van het gezin. Soms worden alle betrokken voorzieningen rond de tafel gebracht om afspraken of een juist inschatting van de gezinssituatie te maken.

Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)

De CKG's hebben een drieledige werking, namelijk ambulante hulp, semi-residentiële en residentiële opvang.
Centraal in de (ambulante) hulp staat de opvoedingsondersteuning aan de ouders. Concreet houdt dit in dat men – meestal tijdens huisbezoeken – ingaat op de opvoedingsproblemen die zich in een gezin voordoen. Men probeert oplossingen te zoeken of de ouders de nodige vaardigheden aan te leren. Andere bijkomende problemen (naast de opvoedingsproblemen) kunnen in de ondersteuning aan bod komen of men verwijst hiervoor door naar de bevoegde instanties (bv. OCMW, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, drughulpverlening, familie-hulp, …).

Ten aanzien van **drugverslaafde ouders** hanteert men geen specifieke methodieken. De drugproblematiek en de daaraan gerelateerde problemen kunnen in de ondersteuning aan bod komen of men verwijst naar voorzieningen in de drughulpverlening.
In deze voorzieningen staat het **kind** centraal in de hulpverlening. Dit impliceert dat de CKG's dikwijls ook een zekere controlerende, toezichthoudende functie krijgen ten aanzien van de veiligheid van het kind binnen het gezin.

- **Voorzieningen voor ouders**

Service- en Ontmoetingscentrum (SOC)

Het Service- en Ontmoetingscentrum behoort tot een Centrum Algemeen Welzijnswerk. Men probeert hier een plaats te creëren waar mensen ‘thuis’ mogen komen, waar ze even op adem kunnen komen en anderen kunnen ontmoeten. Er is gratis koffie, thee en soep. Men kan er douchen, voedsel krijgen, telefoneren of bepaalde activiteiten mee volgen. Er is dus geen rechtstreekse begeleiding van de cliënten. Wel kan op basis van de laagdrempeligheid en het gegroeide vertrouwen een zekere ondersteuning worden geboden, bv. in de vorm van het herinneren aan bepaalde afspraken, het bespreken van bepaalde problemen of het bieden van mogelijkheden tot doorverwijzing.
Naar **drugverslaafde ouders** toe probeert men ook bepaalde opvoedingsproblemen in gesprekken bespreekbaar te stellen of probeert men voorbeelden te bieden aan de ouder door zelf iets voor te doen (bv. spelen met het kind). Men geeft ook praktische ondersteuning (babykleren, voeding, …). Er is een speelhoek en men organiseert kindvriendelijke activiteiten en daguitstappen. Het geven van positieve bevestiging en het werken op basis van een vertrouwensrelatie zijn in deze werkvorm heel belangrijk.

- **Voorzieningen voor ouder en kind**

In dit deel gaan we in op een thuisbegeleidingsproject in Nederland. Met thuisbegeleiding wordt hulp bedoeld die in het gezin zelf, aan huis geboden wordt en zowel gericht is naar de ouders als naar de kinderen.

Hulp aan Huis

In Nederland ontstaan de laatste jaren verschillende projecten 'Hulp aan Huis', onder meer in Groningen, Twente en Drenthe. Deze projecten worden georganiseerd vanuit een samenwerkingsverband met diverse organisaties, onder meer uit de jeugdzorg, de kinder- en jeugdpsychiatrie en de zorg voor jongeren met een licht verstandelijke handicap (Roosma, 2000).

De **doelstelling** van deze projecten is om Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling te ontwikkelen en uit te voeren als onderdeel van het hulpverleningstraject (Roosma, 1995).
Men wil in deze projecten steeds zoeken naar een intensieve ambulante gezinsbegeleiding, aangepast aan de noden van het gezin om begeleiding 'op maat' te bieden. Centraal idee is '**empowerment**', waarbij men met activeringsgerichte methodieken werkt. **Uitgangspunt** is dat kinderen het beste kunnen opgroeien in het gezin. De hulpverlener probeert dan ook niet zozeer de bestaande problemen in het gezin te verhelpen of te compenseren, maar probeert vooral de reeds aanwezige sterke kanten of krachten te benutten of uit te breiden (van Schot & van der Steege, 1998). De vraag van het gezin zelf staat steeds voorop en een gezinshulpverlener heeft als **basisattitude** onder meer het aansluiten bij en afstemmen op het angstniveau van de gezinsleden, zich richten op wat goed gaat met tegemoetkomende en vasthoudende hulp, transparantie, echtheid en respect.

Hulp aan Huis is bedoeld voor (van Schot & van der Steege, 1998, p. 7):
- Gezinnen met kinderen/jeugdigen met meervoudige problemen thuis (pedagogische onmacht, mishandeling), op school, individuele problematiek (ontwikkelings- of psychiatrische problematiek) of probleemgedrag (weglopen, verslaving, delinquentie).
- Gezinnen met kinderen/jeugdigen met een langdurige hulpverleningsgeschiedenis: multi-problemgezinnen, pathologische symbiotische gezinnen, conflictrijke echtscheidingen of kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek .
- Gezinnen met jeugdigen met lastige/ingewikkelde problemen, met als gevolg: af- en doorschuifgedrag tussen sectoren/voorzieningen.

Binnen deze **doelgroep** onderscheidt men een aantal subgroepen met toenemende mate van ernst en complexiteit. In 'Hulp aan Huis' Groningen zijn dit er vijf, in 'Hulp aan Huis' Twente differentieert men naar 12 subgroepen. Naast deze subgroepen onderscheidt men verschillende '**modules**' voor de behandeling, gekoppeld aan de verschillende subgroepen.

Als **methodieken** onderscheidt men onder meer (cf. 2.3.2): Families First, Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding – Intensieve Variant, Video Gezinsbehandeling, Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling en Laagfrequente Langdurige Gezinsbegeleiding. Uiteraard kunnen verschillende modules tegelijk of na elkaar aangeboden worden. De coördinatie en de opvolging van de hulpverlening gebeurt door een **case manager**. **Samenwerking** met verschillende organisaties uit de jeugdzorg is essentieel om dit project uit te voeren, om de vooropgestelde verschillende werkvormen te kunnen aanbieden en om te kunnen doorverwijzen.

B. Residentiële voorzieningen

- **Voorzieningen voor kinderen**

Uiteraard zijn er ook heel wat voorzieningen waar kinderen voor korte of langere tijd residentieel opgenomen kunnen worden, zoals pleeggezinnen, Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG), kinderhotels, orthopedagogische centra, opvang-, oriëntatie- en observatiecentra,… De hele sector van de Bijzondere Jeugdbijstand en zorg voor kinderen met een handicap biedt een gamma van residentiële voorzieningen aan. Gezien uit bovenstaande cijfergegevens (cf. hoofdstuk 1) reeds gebleken is dat veel kinderen van ouders die kampen met drugproblemen geplaatst worden, vinden we in deze sector uiteraard heel wat kinderen van drugverslaafde ouders terug.
In het kader van dit onderzoek hadden we interviews met twee Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning en het Kinderhotel Kattekwaad.

Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)

CKG's bieden naast ambulante ook (semi-)residentiële hulpverlening. De **residentiële opname** van een kind in het centrum kan zowel van korte als lange duur zijn. Tijdens die residentiële opname probeert men ook **opvoedingsondersteuning** te bieden aan de ouders van het opgenomen kind. Bij een residentiële opname vindt die ondersteuning vooral binnen het centrum zelf plaats. Dit houdt onder meer het organiseren van bezoekuren en –mogelijkheden in (op basis van een schriftelijk contract na afspraak met het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of de Jeugdrechtbank), het organiseren van weekends thuis, het houden van gesprekken omtrent de opvoeding met de ouders, het aanleren van bepaalde opvoedings- of verzorgingstaken aan de ouders via 'modeling', enz. Specifieke methodieken worden bij de populatie van drugverslaafde ouders en hun kinderen niet gehanteerd, maar men speelt zo veel mogelijk in op de specifieke noden van de ouders en het kind zelf. Bij **drugverslaafde ouders** en hun kinderen houdt men wel strikter vast aan regels en afspraken. Uiteraard wordt er wel aandacht besteed aan mogelijke specifieke ontwikkelingsproblemen bij het kind ten gevolge van het druggebruik van de ouder tijdens de zwangerschap, zoals het Neonataal Abstinentie Syndroom (NAS). Voor andere problemen dan de opvoedingsproblemen (inclusief de drugproblematiek) wordt doorverwezen naar andere instanties en voorzieningen (bv. OCMW, Familiehulp, drughulpverlening,…).

Uit de interviews bleek een opvallend groot **verschil** tussen beide CKG's inzake het aandeel van ambulante versus residentiële begeleiding in hun aanbod. Dit vertaalt zich in een andere visie op de hulpverlening voor drugverslaafde ouders: waar het ene CKG stelt dat vooral ambulante thuisbegeleiding voor deze doelgroep aangewezen is, stelt het andere CKG dat bij deze populatie residentiële opname meestal noodzakelijk is.

Kinderhotel Kattekwaad

In het Kinderhotel Kattekwaad wordt dag en nacht opvang voorzien voor kinderen. Kinderen komen hier terecht om uiteenlopende redenen en situaties. Heel wat kinderen worden gebracht door de ouders, maar een aantal kinderen komt er terecht via andere voorzieningen, omdat de ouders geen opvang meer kunnen bieden. Ook vanuit de drughulpverlening wordt soms naar het Kinderhotel doorverwezen als tijdelijke opvang. De meeste kinderen blijven slechts kort, maar een aantal wordt langer opgevangen, wanneer geen andere mogelijkheden voorhanden zijn of wanneer de administratieve molen een vlugge beslissing niet mogelijk maakt.
Ook heel wat kinderen van **drugverslaafde ouders** komen hier terecht, gebracht door de ouders zelf of door andere instanties. De eerste doelstelling blijft steeds de opvang en het welzijn van het kind. Daarnaast doet men heel wat inspanningen naar ouders toe, waarbij het Kinderhotel een schakel is naar de niet-categoriale hulpverlening (bv. OCMW, huisvestingsmaatschappij) en naar de categoriale hulpverlening (bv. meegaan naar een drugvrije therapeutische gemeenschap of naar een psychiatrisch ziekenhuis). Men gaat ook met het kind op bezoek bij de ouders die opgenomen of gevangen zijn, grootouders worden ontvangen, er wordt gezocht naar opvang voor het kind,… De laagdrempeligheid van het Kinderhotel – voor het kind en voor de ouders – vormt een heel belangrijke factor om intensief met deze ouders en hun kinderen te werken. Hierdoor is het Kinderhotel een belangrijke schakel binnen de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen.
In deze voorziening worden geen specifieke doelstellingen vooropgesteld. Steeds staat het belang van het kind voorop: wat het beste is voor het kind, telt! Er zijn evenmin specifieke initiatieven rond opvoedingsondersteuning. De ouders moeten zich wel houden aan een aantal regels, afspraken en normen die binnen het kinderhotel gelden (bv. degelijk afscheid nemen van hun kind, beloftes en afspraken nakomen).

- **Voorzieningen voor ouder en kind**

Naast de voorzieningen die zich ofwel op moeders ofwel op kinderen richten, bestaat binnen de hulpverlening een aantal voorzieningen waar moeders (ook niet-verslaafde) samen met hun kind opgenomen kunnen worden. Vluchthuizen, crisis- en vrouwenopvangcentra behoren tot deze voorzieningen, maar ook op de afdeling neonatologie van een algemeen ziekenhuis worden moeder en kind samen opgenomen. De werking van deze voorzieningen loopt sterk uiteen.

Sociale dienst afdeling Neonatologie van een algemeen ziekenhuis

Een **drugverslaafde zwangere vrouw** wordt meestal **intens opgevolgd** door de sociale dienst van de afdeling neonatologie. In eerste instantie gaat men na hoe de gezinssituatie ineen zit: wie is allemaal betrokken bij het gezin, hoe verloopt de partnerrelatie, zijn er nog andere kinderen, …? Daarnaast probeert men alle voorzieningen te contacteren die reeds bij het gezin betrokken zijn en met hen eventueel rond de tafel te zitten. Indien nodig, verwijst men door naar bv. het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of worden andere diensten ingeschakeld, zoals de Kraamzorg. Men probeert de bestaande problemen dus te detecteren en daarna gericht door te verwijzen, zodat een vangnet wordt gecreëerd rond het kind en het gezin.
Toch ervaart men dat het niet gemakkelijk is om met drugverslaafde ouders te werken, omdat afspraken niet worden nagekomen, veel onduidelijkheid bestaat omtrent het mogen stellen van bepaalde eisen, enz. Vanuit een grote bezorgdheid naar het kind toe, werd reeds overwogen om deze ouders te vragen een contract te ondertekenen waarin ze zich er toe verbinden om aan een aantal eisen en voorwaarden te voldoen.

Krisisopvangcentrum (KOC) De Schelp

In dit crisisopvangcentrum vangt men enkel mensen op in een crisissituatie (de maximale verblijfsduur is 21 dagen) en probeert men vooral een eerste opvang te bieden. Bovendien probeert men een goed zicht te krijgen op de hele situatie om dan zo snel en zo gericht mogelijk door te verwijzen. Men heeft geen specifiek aanbod voor **drugverslaafde ouders**, maar bij elk individu worden de behoeften en noden nagegaan. De ouder-kind interactie is een belangrijk bijkomende observatiepunt tijdens de opvang. De omgang van de ouder met het kind wordt ook besproken en eventueel gecorrigeerd. Ook hier wordt het belang van openheid en het opbouwen van een vertrouwensrelatie benadrukt.

Klemenswerk

In Klemenswerk, een opvanghuis dat onderdeel is van een Centrum Algemeen Welzijnswerk, kunnen vrouwen met kind(eren) gedurende een periode van 6 maanden worden opgevangen. Tijdens deze periode wordt op verschillende vlakken ondersteuning en begeleiding geboden (praktisch, financieel, juridisch, relationeel, pedagogisch, …). Dit laatste element wordt niet alleen uitgevoerd door middel van observaties en gesprekken met de moeder, maar recent werd ook gestart met de introductie van videohometraining binnen deze voorziening. Men beschikt ook over een kinderwerking waarbij men de infrastructuur aan de aanwezigheid van kinderen heeft aangepast en extra begeleiding en aangepaste activiteiten worden aangeboden aan de kinderen. Gezien deze voorziening in het reglement uitdrukkelijk het gebruik van

drugs binnen de voorziening verbiedt en enkel vrouwen kunnen opgenomen worden die reeds enige tijd 'clean' zijn, worden hier alleen uitzonderlijk **vrouwen met een drugproblematiek** opgenomen. Om die reden gaan we hier niet verder in op de werking van deze voorziening.

C. Besluit

Uit de interviews blijkt dat de niet-categoriale hulpverlening vrij **vaak** in contact komt met drugverslaafde ouders en/of hun kinderen. De **aanpak** van de verschillende voorzieningen is sterk uiteenlopend. Vooreerst is dit afhankelijk van de doelgroep (namelijk kind of volwassene/ouder) en de werkvorm (nl. ambulante of residentiële hulpverlening). Daarnaast kan het aanbod ook sterk verschillen naargelang de visie en werkwijze van de voorziening. Opvallend is daarenboven dat er **weinig specifieke interventies** of hulpverleningsmethoden worden aangewend ten aanzien van drugverslaafde ouders en hun kinderen.

2.1.2 Categoriale voorzieningen

A. Ambulante voorzieningen

- **Voorzieningen voor ouders**

MSOC Gent

Het medisch-sociaal opvangcentrum voor druggebruikers is een ambulante werkvorm, gericht op medische, psychologische en sociale ondersteuning. Ook naar **drugverslaafde ouders** en **zwangere vrouwen** toe probeert men op deze drie vlakken te werken, zowel preventief, tijdens de zwangerschap als na de geboorte.

Preventief probeert men het gebruik van contraceptiva te promoten, vooral omdat de maandstonden door gebruik (van voornamelijk opiaten) vaak uitblijven, terwijl men toch vruchtbaar blijft. In het MSOC wordt tevens op regelmatige basis de gelegenheid geboden om een zwangerschapstest te doen.

Wanneer een vrouw **zwanger** is, wordt de begeleiding rond zowel de sociale en psychische problemen als rond de drugproblematiek geïntensifieerd. Dit gebeurt onder meer door in gesprekken te focussen op de zwangerschap of praktische problemen te regelen. De partner wordt – indien de vrouw dit wenst – mee betrokken in de begeleiding.
Vanuit het MSOC worden deze vrouwen ook medisch begeleid, waarbij men probeert na te gaan aan welke risico's het kind loopt. Dit gebeurt door gezondheidsvoorlichting, een vroeg gespecialiseerd echografisch onderzoek, bloedonderzoek, enz. De cliënten worden verder georiënteerd naar het Preventief Zorgcentrum van Kind en Gezin, waar men verder gynaecologische en sociale begeleiding krijgt en van waar men ook de eerste contacten met het algemeen ziekenhuis voor de bevalling legt.

De **bevalling** gebeurt in een algemeen ziekenhuis, waar de sociale dienst de begeleiding gedurende een periode overneemt. Dikwijls wordt in het ziekenhuis reeds alle betrokkenen samengeroepen (de sociale dienst van het ziekenhuis, het MSOC, Kind en Gezin, een CKG, de kinderarts en eventueel het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling). Hier probeert men om het verdere verloop van de begeleiding te bespreken en ook duidelijke afspraken te maken over wie wat zal doen, wie de controle-functie ten aanzien van het kind zal opnemen, wie zich vooral op de begeleiding van de ouders zal richten, …

Na de **geboorte** probeert men het kind vanuit het MSOC verder te volgen en probeert men bepaalde problemen in de ontwikkeling of in de opvoeding bespreekbaar te stellen. Hier wordt sterk het belang van de vertrouwensrelatie cliënt-hulpverlener benadrukt, als essentiële voorwaarde om openheid te creëren. Er worden adviezen gegeven en indien nodig wordt doorverwezen en wordt materiële steun verleend (bv. pampers, melkpoeder).

De individuele vertrouwensrelatie en begeleiding door de begeleider van het MSOC als steunpilaar wordt als een heel belangrijk element van de begeleiding gezien. Dit wordt benoemd als 'case management'. Dit verklaart mede waarom het MSOC sterk steunt op haar beroepsgeheim als argument om niet alle informatie over de ouders en hun situatie door te geven aan andere instanties of voorzieningen. Men benadrukt eveneens dat men steeds probeert te werken in de richting van *herstel* van de ouder-kind band en het bevorderen van een hechte relatie tussen moeder en kind.

Project 'Parentalité' – Centre A.L.F.A (Luik)

De werking van A.L.F.A. (Aide Liégeoise aux Alcooliques et à leurs Familles) in Luik, is vergelijkbaar met die van het MSOC Gent. Men biedt ondersteuning aan cliënten op zowel sociaal, medisch (met ook methadonverstrekking) als psychologisch vlak.
Ten aanzien van **drugverslaafde ouders** startte men in 1994 met een 'Projet Parentalité'. Men streeft steeds naar het samen houden van ouder en kind in zo goed mogelijke sociale en psychologische omstandigheden voor het kind (A.L.F.A., s.d.). Men wil een breuk tussen ouder en kind vermijden omdat die heel nefast kan zijn voor de ontwikkeling van het kind en eventueel aan de basis kan liggen van verslaving in de volgende generatie (preventief ingrijpen).

Men **streeft** enerzijds naar het behoud of het bevorderen van een goede ouder-kind relatie, waarin de ouder bewust is van de psycho-affectieve noden van het kind. Anderzijds werkt men ook aan het bevorderen van het welzijn van de ouders (A.L.F.A, 1999). Steeds opnieuw probeert men naar oplossingen en nieuwe hulpbronnen te zoeken of deze te creëren. In die zin is de visie op verslaving niet onbelangrijk: het is niet de verslaving of het gebruik op zich waar men naar kijkt, maar wel naar het effect van dat gebruik op het gedrag van de ouder. Dat gedrag wordt uiteindelijk beoordeeld.

Het project bestaat uit het ondersteunen van verslaafde ouders of families en uit samenwerking met verschillende voorzieningen en diensten. De **ondersteuning** van de verslaafde ouders of families gebeurt door begeleiding op medisch, psychologisch en sociaal vlak. De tweede doelstelling richt zich op het **netwerk** van de betrokkenen bij het gezin. Deze samenwerking tussen voorzieningen, die vooral bestaat uit het uitwisselen van kennis omtrent de problematiek én de verschillende werking en beschouwt men als een essentiële pijler van de werking (Van Russelt & Crollard, 2000).
Men stelt wel dat de ouder steeds akkoord moet gaan met deze samenwerking (tenzij er gevaar is voor het kind of voor de ouder zelf!) en dat men ten aanzien van instanties binnen de Bijzondere Jeugdbijstand vasthoudt aan een zeker beroepsgeheim. Indien men vindt dat het kind in een gevaarssituatie terecht komt, zal men de ouders hieromtrent aanspreken en men neemt ook de verantwoordelijkheid op zich om indien nodig stappen te zetten (cf 2.2.1).
Wekelijks organiseert men een oudergroep onder begeleiding van een maatschappelijk werker.

CGG De Drie Stromen Lokeren

Het CGG in Lokeren heeft een categoriale werking rond drugproblemen, zodat deze voorzieningen tot de categoriale drughulpverlening wordt gerekend.
De begeleiding hier bestaat vooral uit gesprekken op het centrum zelf. Opvoedingsproblemen staan zelden centraal in de aanmelding, maar kunnen toch opgenomen worden tijdens deze gesprekken. Vrijwilligheid staat steeds centraal, steeds probeert men *samen* met de ouders naar een oplossing te zoeken. Het gaat dus om ***bege*****leiden**, het leren omgaan met bepaalde problemen en het aanleren van bepaalde sociale vaardigheden. Naast deze gesprekken gaat het bij drugverslaafde ouders dikwijls over ‘**regelwerk**’: het oplossen van allerlei praktische vragen, heel vaak in overleg met verschillende andere diensten of instanties. Doorverwijzen en het wegwijs maken van de ouders in het hulpverleningsaanbod kunnen hier deel van zijn. Doorheen de begeleiding probeert men een goed zicht te krijgen op het hele gezinssysteem en alle betrokkenen en probeert men zo een oogje in het zeil te houden.

- **Voorzieningen voor ouder en kind**

Hadok (HAagse hulpverlening aan (ex-)Drugverslaafde Ouders en hun Kinderen)

Dit project van ambulante thuiszorg werd opgestart in 1989 als een samenwerkingsverband tussen instellingen van de jeugdhulpverlening en de verslavingszorg. Doelgroep zijn ouders die (drugs)verslaafd zijn (geweest) uit Den Haag, Zoetermeer en Voorburg met kinderen tussen 0 en 12 jaar.

Voorwaarde om hulp via het Hadok te krijgen is dat men op vrijwillige basis komt en dat er ook sprake is van een zekere motivatie bij de ouders. Uiteraard is het vrijwillige karakter van de hulp soms relatief, gezien hier ook gezinnen terecht komen die juridisch gedwongen worden om hulp te accepteren. Vrijwillige hulpverlening betekent niet dat de hulpverlening vrijblijvend is. Dit impliceert dat vanuit Hadok afspraken gemaakt kunnen worden, dat er huisvesting is en dat men ook zicht moet kunnen krijgen op het kind en zijn situatie. Indien de hulpverlening niet loopt, het gezin niet aan bepaalde vereisten kan voldoen of het kind in gevaar dreigt te komen, wordt (opnieuw) doorverwezen naar de Raad voor Kinderbescherming, waarna de hulpverlening wordt beëindigd[2]. De hulpverlening wordt ook afgesloten wanneer het kind toch geplaatst wordt.

Een bijkomende **tegenindicatie** voor hulpverlening vanuit Hadok is een ernstige psychiatrische problematiek bij (één van) beide ouders. De hulpverlening richt zich dus vrijwel nooit op de verslavingsproblematiek zelf; ouders moeten niet clean zijn om hulpverlening vanuit het Hadok te krijgen. Men gaat ervan uit dat het – onder bepaalde voorwaarden en omstandigheden – mogelijk moet zijn dat een ouder blijft gebruiken.

Bij de hulpverlening vertrekt men van volgende **uitgangspunten** (Fox-Gorter, 1998):

- Vrijwillig kader: de begeleiding vindt plaats op basis van vrijwilligheid. Deze vrijwilligheid creëert openheid over de problematiek en maakt het mogelijk dat de ouder veranderingen in de opvoedingssituatie in gang kan zetten
- Druggebruik: gezien de nadruk ligt op het creëren en bewaken van een veilige opvoedingssituatie voor het kind, wordt druggebruik geaccepteerd zolang het geen negatieve invloed heeft op de ontwikkeling van het kind. Stoppen met druggebruik is dan ook geen primaire doelstelling in de begeleiding.
- Het kind staat centraal.
- Outreaching: de begeleider neemt zelf initiatief en laat het gezin niet onmiddellijk los, indien de begeleiding moeilijker verloopt.
- Openheid: bij de begeleiding is het belangrijk dat ouders open en eerlijk kunnen zijn over hun problemen.

De hulpverlening is enerzijds gericht op het **begeleiden** van drugverslaafde ouders in de omgang met hun kinderen met de bedoeling de kwaliteit van hun pedagogisch handelen zodanig te verbeteren dat de ontwikkelingsmogelijkheden van de kinderen worden bevorderd en dat een veilig opvoedingsklimaat wordt gecreëerd. Anderzijds streeft men er ook naar om een **hulpverleningsnetwerk** rond ouder(s) en kind tot stand te brengen, teneinde de hulpverlening op elkaar af te stemmen en problemen die de ontwikkeling van het kind kunnen belemmeren vroegtijdig te signaleren (Fox-Gorter, 1998).

[2] Deze Raad is vergelijkbaar met het systeem van de ‘Jeugdrechtbank’ in Vlaanderen.

Enerzijds richt de hulp zich op de **opvoedingssituatie** (voornamelijk naar moeders toe), waarbij één of meer keren per week een huisbezoek plaatsvindt. Als belangrijkste 'richtlijn' binnen de opvoedingsondersteuning hanteert men de ontwikkelingsfasen die een kind doorloopt. Anderzijds werkt men met de ouder(s) ook rond andere problemen, zoals financiën, relationele problemen, huisvesting,… Eventueel kunnen andere diensten worden ingeschakeld (Fox-Gorter, 1998).

Via wekelijkse huisbezoeken probeert men aan bovengenoemde problemen en thema's te werken. Men maakt hierbij gebruik van gesprekken (via diverse gesprekstechnieken), voor- en meedoen met de ouders en het geven van adviezen (bv. speelgoed meebrengen, tips geven omtrent de aankoop van materiaal of speelgoed, speelgedrag voordoen, …). Andere concrete methodieken om ouders in hun pedagogische taken te ondersteunen, worden niet gehanteerd[3]. Wel kunnen andere methodieken, zoals crisisinterventie, evaluatiegesprekken, gezinsbegeleiding op het kantoor, nazorggesprekken, psychologische en systeemgesprekken, terugvalpreventie en netwerkoverleg ingeschakeld worden (Fox-Gorter, 1998).
De hulpverlening duurt gemiddeld 1 à 2 jaar, maar dit kan ook langer duren.
Gezien de inbedding van Hadok in de Stichting Parnassia is er uiteraard een grote **samenwerking** met zowel De Woezel als Projekt 4. Ook met andere instanties zijn er procedurele afspraken gemaakt (Fox-Gorter, 1998). Hiertoe werd een aantal standaard-procedures en –brieven uitgewerkt (ibid.).

Thuisbegeleiding

Howard (1994) beschrijft een **thuisbegeleidingsprogramma** dat zich vooral op vroege interventie richt. Dit programma start onmiddellijk nadat moeder en kind uit de kraamkliniek zijn ontslagen. Het team bestaat uit vier teamleden, elk met kennis omtrent opvoeding van het jonge kind, ervaring met kinderen uit kansarme gezinnen en kinderen met ontwikkelingsstoornissen, kennis omtrent het promoten van de ouder-kind interactie bij kinderen die biologisch risicovol zijn, kennis omtrent de drugcultuur en drughulpverlening en kennis omtrent voorzieningen die zich richten op de ondersteuning van kinderen met speciale noden. Ook persoonlijke vaardigheden zoals eigen stabiliteit, het niet persoonlijk nemen van bepaalde kritiek of vijandig gedrag van de moeders, de competentie om met crisissen om te gaan, … zijn belangrijk. Concreet wordt in de eerste maand na de geboorte wekelijks een huisbezoek gebracht aan het gezin. Daarna zijn er gedurende twee jaar tweewekelijkse huisbezoeken en frequente telefonische contacten. De methodiek bestaat voornamelijk uit gesprekken omtrent het kind en zijn noden en bepaalde activiteiten (bv. een uitstap, samen speelgoed kopen,….).

[3] Vroeger hanteerde men soms Videohometraining, maar gezien momenteel niemand van de teamleden nog over deze deskundigheid beschikt, wordt dit niet meer gebruikt.

B. Residentiële voorzieningen

- **Voorzieningen voor kinderen**

De Woezel

De Woezel is een gespecialiseerd kinderdagverblijf voor maximaal 12 kinderen van 0 tot 4 jaar. Het werd opgestart in 1984 en ressorteert momenteel onder de bevoegdheid van de Stichting Parnassia (Den Haag – Nederland). In dit kinderdagverblijf kunnen enkel kinderen worden opgenomen van (ex-)verslaafden (zowel alcohol als illegale drugs), die in behandeling (geweest) zijn in één van de verslavingsprogramma’s van de Stichting Parnassia. Dit brengt uiteraard met zich mee dat een moeder soms haar opname moet uitstellen tot er een plaats vrij is in de Woezel.
Omwille van drie redenen heeft men geopteerd voor een **gespecialiseerd** kinderdagverblijf:
- Vooreerst zorgt dit ervoor dat ouders zich niet meer hoeven te schamen over hun eigen drugproblematiek, over de problemen bij hun kind of over de problemen die ze zelf in de opvoeding ervaren.
- Omwille van de problemen in de opvoeding vond men het heel belangrijk om de ouders van de kinderen die in het dagverblijf verbleven ook pedagogisch te begeleiden en te ondersteunen.
- Tenslotte merkte men vaak een duidelijke ontwikkelingsachterstand op bij deze kinderen, wat een gespecialiseerde begeleiding vereist.

Volgende algemene **doelstellingen** worden vooropgesteld (Fox-Gorter & de Groot, 1996):
- De kinderen een warme, veilige omgeving bieden
- De ontwikkeling van kinderen volgen, stimuleren en indien nodig bijsturen
- De ouders ondersteunen bij de opvoeding van hun kinderen
- De ouders de gelegenheid geven een behandeling te volgen binnen de Haagse verslavingzorg.

Naar de **kinderen** toe hanteert men in het kinderdagverblijf een duidelijke structuur en een strikt dagritme met verschillende individuele en gezamenlijke activiteiten. Naast de gewone activiteiten kan ook specialistische hulp worden ingeroepen indien de ontwikkeling van het kind dit vereist. Elk kind heeft een individuele begeleider.
In het **pedagogisch beleidsplan** hanteert men volgende doelstellingen (Fox-Gorter & de Groot, 1996):
- Het scheppen van ontwikkelingsmogelijkheden voor kinderen: dit gebeurt door aandacht voor spel, sociaal-emotionele ontwikkeling, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, taalontwikkeling en creatieve activiteiten
- Verzorgen van kinderen: met aandacht voor gezonde omgeving, voeding, slapen, lichamelijke verzorging, ziekte en ongevallen
- Het overbrengen van normen en waarden aan kinderen, met name individualiteit, intermenselijke relaties, rituelen en vieringen

Elk kind wordt om de zes weken besproken op basis van een observatieverslag (dat gemaakt werd aan de hand van een observatieschema) en een begeleidingsplan.

In de **opvoedingsondersteuning** naar de **ouders** toe stelt men als algemeen uitgangspunt dat de ouders steeds de **eerste verantwoordelijke** blijven. Elke stap wordt dan ook met hen besproken. Concreet bestaat die opvoedingsondersteuning uit drie delen. Vooreerst spreekt elke mentor elke zes weken met de ouder(s). In deze gesprekken wordt – naarmate de

begeleiding vordert – steeds meer gesproken over de moeilijkheden die de ouders in de opvoeding ondervinden. Naast deze individuele gesprekken tussen mentor en ouders is er elke morgen een koffie-uurtje, waarbij de ouders aanwezig mogen zijn en waar men observaties kan doen omtrent de omgang van de ouder met het kind. Dit kan dan achteraf besproken worden of soms gaat men hier ook rechtstreeks interveniëren. Een derde luik in de opvoedingsondersteuning is de spelbegeleiding, waarbij de mentor aanwezig is terwijl ouder en kind samen spelen. Hier is het heel belangrijk om vooral de positieve aspecten binnen de omgang van de ouder met het kind te benadrukken.

Ook in andere residentiële programma’s heeft men er voor gekozen om een gespecialiseerd kinderdagverblijf op te richten of om speciale kinderopvang te voorzien binnen de T.G. (cf. Whiteside-Mansell et al., 1999 en De Leon & Jainchill, 1991). In het ‘Sunnezyt’ kinderdagverblijf, dat behoort tot de Rüdli Social-therapy Community in Wimmis (Zwitserland) kunnen niet alleen de kinderen van de moeders die in het moeder-kindprogramma verblijven terecht, maar ook ‘gewone’ kinderen uit het dorp (cf. Leopold & Steffan, 1997).

Dagpleegzorg

In Nederland wordt soms een systeem van **dagpleegzorg** gehanteerd waarbij het kind bepaalde uren per dag of per week in een dagpleeggezin verblijft. Er wordt voor dit systeem geopteerd wanneer de thuissituatie op een bepaald moment nog heel weinig perspectief biedt en een tijdelijk rustmoment noodzakelijk is. Tijdens het verblijf wordt wel intensief verder gewerkt met het kind, het dagpleeggezin en de ouders. De pleegouders kunnen zowel ten aanzien van het kind als de ouders een voorbeeldfunctie vervullen (cf. Strijker & Zandberg, 1998).

- **Voorzieningen voor ouders**

In de ‘gewone’ residentiële drughulpverlening treffen we ook heel wat cliënten aan die één of meer kinderen hebben. Het is dan ook niet onbelangrijk om na te gaan wat in deze voorzieningen gebeurt voor drugverslaafde ouders met kinderen en of men aandacht heeft voor de opvoedingsondersteuning van deze ouders.

Ontwenningskliniek De Pelgrim

In De Pelgrim wordt door de sociale dienst voor elke ouder individueel bekeken wat kan gebeuren rond het ouderschap en hoe met het kind contact kan worden gelegd. Deze elementen worden opgenomen in het individueel zorgplan van de cliënt. Concreet houdt dit onder meer in: het onderhandelen met alle betrokken instanties, afspraken maken over het bezoekrecht en doorgeven van correcte informatie aan alle betrokkenen om onduidelijkheid te vermijden. Een brugfunctie hebben tussen alle betrokkenen – ook wanneer de opname voorbij is – wordt hier als centrale **doelstelling** gezien. Daarnaast worden huisbezoeken gedaan om te zien hoe de situatie thuis is en probeert men de interacties tussen kind en ouder(s) te observeren en eventueel te bespreken. Uiteindelijk wordt een individueel werkplan opgesteld. Ook hier wordt het belang van een vertrouwensrelatie benadrukt. Pas dan ontstaat de nodige openheid om bepaalde moeilijke zaken omtrent de opvoeding te bespreken. In het programma zelf wordt verder niet gewerkt rond opvoedingsondersteuning.

Therapeutische Gemeenschap De Sleutel

In De Sleutel heeft een aantal bewoners kinderen. Meestal gaat het hier om vaders van wie één of meer kinderen geplaatst zijn. Naar deze kinderen toe heeft men drie initiatieven genomen.
Vooreerst probeert men tot een **bezoekregeling** te komen om contact tussen ouder en kind te realiseren. Het kind kan op bezoek komen en kan in het weekend en in de schoolvakanties bij de ouder verblijven. De bezoekfrequentie wordt doorheen het verblijf opgevoerd. Tijdens de bezoeken krijgt men meestal ondersteuning van medebewoners en gelden enkele algemene afspraken (bv. niet te veel snoep geven, op tijd gaan slapen,…). Het feit dat meestal geen teamleden aanwezig zijn tijdens deze bezoeken, vormt voor veel diensten en familieleden een rem om het kind op bezoek te laten komen.
Wekelijks is er een **kindergroep**, waarin alle bewoners met kinderen samenkomen onder begeleiding van iemand van de familiewerking. Centraal thema vormt de opvoeding, waarbij meestal wordt ingegaan op hetgeen de ouders zelf aanbrengen. Zelden wordt door de begeleiding iets ingebracht. Thema’s zijn onder meer schuld- en schaamtegevoelens, falen, de eigen slechte jeugd en de generatiecyclus die men ziet ontstaan, het verlangen om het beter te doen dan de eigen ouders, praktische zaken omtrent ontwikkeling en opvoeding van het kind, plannen en bespreken van de bezoeken, delen van bepaalde ervaringen, … Het grootste doel is openheid en dingen bespreekbaar kunnen én durven stellen.
Tenslotte is er de ‘**kindertelefoon**’: wekelijks zijn er twee vaste momenten voorzien om naar het kind te bellen. Op vraag van de bewoner kunnen extra activiteiten die een bewoner samen met zijn kind wil ondernemen (bv. bijwonen oudercontact, uitstap,…) toegestaan worden.
Indien nodig wordt doorverwezen of wordt individueel begeleid.

- **Voorzieningen voor ouder en kind**

Recent is binnen de drughulpverlening een aantal initiatieven ontstaan, waarbij moeders samen met hun kinderen opgenomen kunnen worden (cf. Leopold & Steffan, 1997). Dit concept is vooral ontstaan vanuit de vaststelling dat veel vrouwen de stap naar de residentiële drughulpverlening niet zetten, omdat ze dan hun kind moeten achterlaten[4].
In België bestaan momenteel twee projecten binnen therapeutische gemeenschappen waar drugverslaafde moeders samen met hun kind opgenomen kunnen worden, namelijk De Tipi (De Kiem, Oosterzele) en Project Kangourou (Trempoline, Charleroi). Ook in het buitenland bestaan gelijkaardige initiatieven en in de literatuur worden verschillende van deze residentiële programma's voor moeders en kinderen uitgebreid beschreven.

Projekt 4 – Stichting Parnassia

Projekt 4 is een residentieel behandelprogramma waar acht verslaafde[5] vrouwen samen met hun kind(eren) (maximaal twee, tussen 0 en 10 jaar) opgenomen kunnen worden. Dit programma werd opgericht in 1993 en is nu onderdeel van de Stichting Parnassia (Den Haag) . In het begin van het project gingen de kinderen overdag naar De Woezel, terwijl de moeders het T.G.-programma in de Emiliehoeve volgden. 's Avonds en in het weekend waren moeder en kind samen. De invulling van dit programma heeft men ongeveer een jaar geleden sterk veranderd en dit omwille van volgende redenen. Vooreerst zag men dat het T.G.-programma – in combinatie met de zorg voor het kind – te zwaar was voor vele vrouwen. Daarnaast constateerden de hulpverleners dat ze geen zicht kregen op de cliënten, omdat ze in twee verschillende settings tegelijk aanwezig waren en wat de cliënten zelf ook uitspeelden. Tenslotte constateerde men dat de T.G. op zich een vrij vrouwonvriendelijk concept is (bv. de harde confrontaties). Vanuit deze vaststellingen heeft men besloten om een eigen **programma** uit te bouwen los van de T.G.[6].
Centraal in dit nieuwe programma staat de idee dat cliënten zelf de **verantwoordelijkheid** moet worden gegeven om dingen te veranderen die ze niet goed doen en dat mensen moeten bevestigd worden in dingen die ze wel goed doen.
Qua **infrastructuur** zijn er vier woningen waarin telkens twee vrouwen met hun kind(eren) verblijven. De vrouwen betalen voor deze woning zelf huur, doen zelf boodschappen en het huishouden.

[4] De Leon & Jainchill (1991) stellen dat de weinige aandacht die vroeger naar de ouderrol van een cliënt binnen de T.G. ging, voortvloeit uit zowel filosofische als praktische overwegingen. Enerzijds werd de aandacht voor die ouderrol beschouwd als een mogelijke afleiding van de focus van de behandeling. Anderzijds ontbrak het de bestaande programma's vaak aan faciliteiten en stafleden om de zorg voor kinderen en ouderschapstraining nog op zich te nemen.
[5] Verslaving aan drugs, alcohol of gokken (Projekt 4, s.d.).
[6] Soms wordt geadviseerd om eerst een periode in de therapeutische gemeenschap of in een ander programma te verblijven als men van mening is dat de vrouw nog niet klaar is om samen met haar kind in Projekt 4 te worden opgenomen. Men stelt bij de opname duidelijk grenzen . Er moet steeds een zekere kans bestaan dat het programma voor deze moeder kans op slagen biedt. Dit is zeker niet evident, niet in het minst omdat men op die manier vaak moet kiezen tussen het belang van de moeder en dat van het kind. Een bijkomende voorwaarde is dat men reeds drugvrij moet zijn vooraleer men in het programma kan stappen.

Het **programma** is vooral groepsgericht met volgende elementen (Projekt 4, s.d.):

- Weekendevaluatie en leefgroep: aandacht voor wat er in het weekend en dagelijks leven gebeurt, onderlinge conflicten, bevorderen van de groepscohesie, aandacht voor communicatieve en sociale vaardigheden, grenzen (leren) stellen en respecteren
- Weekendbespreking
- Sport
- Voorstel- en plangroep: bespreken van wensen en vrijheden met alle groepsleden
- Behandelplangroep: één groepslid presenteert in groep haar behandelplan; dit wordt door de groep besproken
- Opvoedgroep: rond specifieke opvoedingsthema’s (bv. veiligheid, cursus ‘Opvoeden, zo’, EHBO-lessen,…)
- Psycho-educatie: door middel van thema’s (bv. terugval, communicatietraining, creativiteit) en oefeningen (bv. rollenspel) de inzet en motivatie van de cliënten helpen vergroten.
- Plan- en budgetgroep
- Dynamische groep: bv. relaxatie, meditatie
- Groep module specifieke behandeling: drama-, agressie-, vrouwen- (met alle vrouwen uit de residentiële programma’s) en autonomiegroep.
- Samen boodschappen doen
- Individuele gesprekken met de mentor
- Individuele gesprekken met de pedagogisch medewerker
- Andere: systeemwerk, maatschappelijk/juridische dienstverlening, consultatie bij de psychiater, individuele gesprekken met een psycholoog, onderwijs, beroepskeuzetest,…

Naar de kinderen toe wordt de woensdag als ‘**moederdag**’ gezien, waarbij in de namiddag een kindernamiddag wordt georganiseerd door één van de vrouwen.
Reeds bij de intake wordt aan het **opvoedkundig aspect** heel wat aandacht besteed, niet alleen door te polsen naar de huidige opvoedingssituatie, maar ook door na te gaan wat de eigen ervaringen van de moeder zijn met betrekking tot opvoeding. Op basis van dit gesprek wordt een plan opgesteld, waarin concrete opvoedkundige doelstellingen staan aangegeven en waar tijdens de behandeling zal gewerkt worden.
Naast de opvoedgroepen heeft elke vrouw een eigen **pedagogisch begeleider** die met haar werkt rond de opvoeding. Dit kan op heel uiteenlopende manieren gebeuren: door middel van wekelijkse gesprekken in het huis van de vrouw zelf, wekelijkse videohometraining, spelobservatie en –therapie, … Indien er grote problemen zijn in de opvoeding, wordt thuishulp ingeschakeld.
Door de omvattende programmawijziging is de uiteindelijke behandelduur verkort van anderhalf jaar tot ongeveer één jaar.

Tipi – De Kiem

De Tipi werd in 1996 opgestart omdat men binnen het drugvrij therapeutisch programma van De Kiem meer en meer de nood aanvoelde om moeders samen met hun kind op te nemen binnen een specifieke setting. Momenteel kunnen in de Tipi vier vrouwen (tussen 15 en 40 jaar) en vier kinderen (tussen 0 en 6 jaar) worden opgenomen.
Na een snelle aanpassingsperiode zonder kind binnen de onthaalafdeling en de Therapeutische Gemeenschap (T.G.) en duidelijke afspraken rond de komst van het kind, neemt de moeder met haar kind haar intrek in de Tipi. De moeder volgt overdag het therapeutisch programma

van De Kiem, terwijl de kinderen naar een onthaalmoeder of school in de buurt gaan. ’s Avonds en in het weekend zorgt de moeder zelf voor haar kind.
De drie begeleiders in de Tipi maken deel uit van het team van de T.G. Zij proberen de specifieke belangen van kinderen en moeders te bewaken. De begeleiding in de Tipi bestaat uit een wekelijkse groepssessie, waarin thema’s zoals de opvoeding van de kinderen, de planning en organisatie in huis en het samenleven van de gezinsleden kunnen besproken worden. Men vertrekt vooral van de evolutie van het kind en de vragen en problemen die de moeders zelf aanbrengen. Positieve ondersteuning en onderlinge feedback zijn hierbij centrale doelstellingen. De begeleiders zijn ook regelmatig aanwezig voor (participerende) observatie, ondersteuning en individuele bijsturing. De moeder stelt – samen met haar begeleider – tevens een handelingsplan op betreffende de opvoeding van haar kind, dat regelmatig wordt geëvalueerd en bijgestuurd.
Recent wordt gestreefd naar een meer systematische en uniforme observatie van de moeder-kind interacties en men is aan het zoeken naar mogelijkheden om een bepaalde opvoedings-ondersteunende methodiek (bv. video-interactietraining) binnen de Tipi te integreren. Binnen de familiewerking tenslotte wordt aandacht besteed aan de vader(figuur) en de grootouders.

Kangourou – Trempoline

De Kangourou is een recent project (gestart in mei 2000) en is gegroeid naar het voorbeeld van de Tipi. Ook hier volgen de moeders overdag het therapeutisch programma van de therapeutische gemeenschap van de vzw Trempoline en gaan de kinderen naar een kinder-dagverblijf (zoals een moeder die buitenshuis gaat werken). ’s Avonds en in het weekend zorgt de moeder zelf voor haar kind. Elke moeder heeft een aparte kamer, samen met haar kind. De andere leefruimtes zijn gemeenschappelijk. Het huishoudelijk werk doen de vrouwen zelf.
Eén maal per week is er een opvoedkundige groep waarin bepaalde opvoedkundige thema’s aan bod komen of waarin bv. samen een boek wordt gelezen, iemand een uitleg komt doen over een bepaald onderwerp, een rollenspel wordt gespeeld, ….

De Lage Kamp – Dr. Kuno van Dijk Stichting

Deze voorziening heette voorheen ‘**De Herberg**’ en was gelegen in Nooitgedacht (Groningen) (Sproet & Vos, 1996). Vanaf 1 februari verhuist deze voorziening naar Paterswolde en verandert ze ook van naam. In de nieuwe locatie zal plaats zijn voor ongeveer 9 gezinnen (dus ook echtparen kunnen opgenomen worden).

Het **behandelprogramma** dat gemiddeld één jaar duurt, bestaat uit: klinische behandeling, orthopedagogische ondersteuning en maatschappelijke begeleiding. Binnen deze drie grote pijlers wil men de verschillende problemen bij zowel ouders, kinderen als in het gezinssysteem aanpakken.
Na een assessment-fase (max. 4 weken) wordt de behandeling opgestart . De **klinische** behandeling bestaat uit groeps- en individuele behandeling, zoals sociotherapie; activiteiten en therapieën gericht op het gezin, ouders en kinderen; creatieve therapie (groepsgericht en individueel); groepstherapie; psychiatrische behandeling en aandacht voor de somatische problematiek.
De **orthopedagogische** ondersteuning focust op de opvoeding van de kinderen en onder-steuning van de ouders. Naar kinderen toe heeft men een gespecialiseerd kinderdagverblijf,

opvoedgroepen en begeleide dagelijkse activiteiten. De ouders worden sterk begeleid in hun motivatie en opvoedingsvaardigheden, door bepaalde verantwoordelijkheden over te nemen en hen alternatieve omgangsvormen met hun kind aan te leren. Deze begeleiding gebeurt door de case manager in speciale pedagogische groepen.
De **maatschappelijke** begeleiding bestaat uit een vaststelling van de probleemgebieden (bv. sociale redzaamheid, financiële en materiële problemen, justitiële problemen) en het ontwikkelen van kennis, vaardigheden en motivatie om de problemen op adequate wijze op te lossen of te hanteren.

In de **resocialisatiefase** zijn deze drie hoofdlijnen meer en meer gericht op het terugbrengen van alle verantwoordelijkheden naar het gezin zelf. De integratie van deze drie lijnen binnen het programma vormt een belangrijk aandachtspunt.

Het evaluatieonderzoek van Strijker et al. (1999) wijst op de positieve resultaten van de behandeling in De Herberg, zowel bij de ouder, het kind als in de ouder-kind interactie en het gezinssysteem.

Maya Addaction Project (London)

Het Maya Addaction Project is een ‘**rehabilitation service**’, wat betekent dat men zich vooral concentreert op de reïntegratie van de vrouw en haar kind in de samenleving. Hieruit vloeit voort dat van de vrouwen verwacht wordt dat ze reeds ‘clean’ zijn voordat ze in de voorziening worden opgenomen. Een bijkomende voorwaarde voor opname is dat de vrouw geen verstandelijke handicap of ernstige psychiatrische problemen mag hebben.
In Maya kunnen 7 vrouwen en 5 kinderen (tot max. 12 jaar) worden opgenomen (dus ook zwangere vrouwen en vrouwen zonder kinderen). De jonge kinderen (van 0 tot 3 jaar) blijven overdag in het project, terwijl oudere kinderen naar een kinderdagverblijf of naar een school in de buurt gaan. Men geeft voorrang aan zwarte vrouwen en vrouwen uit minderheidsgroepen.
In principe duurt het residentieel programma 6 maanden, waarna nog een nabehandelingsfase van zes maanden volgt.

Als achterliggende **visie** stelt men dat problematisch druggebruik een symptoom is van een resem onderliggende problemen (geweld binnen de partnerrelatie, seksueel of psychisch misbruik in het verleden, verlieservaringen, gebrek aan zelfwaarde en –vertrouwen, gebrek aan opleiding, …). Druggebruik staat dus nooit los van iemands emotionele, fysieke, sociale en economische status. Een essentiële focus binnen het programma is dan ook dat met de vrouwen voornamelijk gewerkt wordt rond deze onderliggende oorzaken. Niettemin benadrukt men dat nooit alle problemen en onverwerkte ervaringen binnen het bestek van dit programma doorwerkt en afgerond kunnen worden. Men wil vooral een aanzet geven en de vrouwen ondersteunen om een nieuwe richting in te slaan.
Men beschouwt het gezin als een ondeelbaar systeem, waarbij het essentieel is dat op alle facetten van het systeem wordt ingewerkt, opdat dit systeem opnieuw ‘gezond’ kan worden. Dit impliceert dat zowel de moeder àls het kind actief moeten betrokken worden in het programma. Hierdoor zijn er binnen deze voorzieningen eigenlijk twee aparte teams: één voor de vrouw en één voor het kind. Tussen deze teams is er onderling uiteraard veel overleg, maar elk team legt toch een eigen focus.
In dit project hanteert men een **theoretische achtergrond** die als ‘client-centered’ en ‘client-focused’ benoemd wordt. Men probeert steeds uit te gaan van een holistische benadering

waarbij men alle aspecten van de cliënt probeert te betrekken ("dealing with the whole being").

Er zijn verschillende **fasen** in de behandeling. In een eerste fase, de 'pre-planning meeting' worden de doelstellingen en verwachtingen van alle betrokken partijen (waaronder ook de kindgerichte voorzieningen en instanties) nagegaan. In de 'assessment-fase', die zes weken duurt, gaat men na op welke doelstellingen en werkpunten tijdens het verblijf gefocust zal worden en wordt een individueel plan voor vrouw én kind opgesteld. In de derde fase, de 'commitment fase' (14 weken) richt men zich op het proces van rehabilitatiebehandeling en persoonlijke ontwikkeling. Tenslotte plant men in de 'moving-on-fase' (6 weken) de terugkeer naar de maatschappij met focus op eventuele doorverwijzingen, huisvesting, job, … Voor de nabehandelingsfase waaraan men heel veel belang hecht binnen dit project is een full-time nazorg-hulpverlener aangeworven.

Binnen het **programma** kunnen twee delen onderscheiden worden: enerzijds is er een belangrijk aanbod aan individuele begeleiding van zowel moeder als kind. Elk kind en elke moeder hebben een eigen case manager. Met de case manager worden ook activiteiten buitenshuis gepland. Het opnieuw ondernemen van activiteiten buitenhuis beschouwt men binnen het project namelijk als een belangrijke stap. Anderzijds zijn er heel wat groepsactiviteiten. Het aanbod bestaat uit creatieve therapie en accupunctuur. Men organiseert groepstherapie rond levensvaardigheden, zoals persoonlijk bewustzijn, het oplossen van conflicten, rationeel denken, angst overwinnen, assertiviteit en exploratie van gevoelens en gedachten. Daarnaast worden cursussen informatietechnologie en computer georganiseerd en wordt gewerkt rond lees- en schrijfvaardigheden. Tenslotte gaat veel aandacht naar huishoudelijke vaardigheden (koken, voedingshygiëne, rekeningen betalen, budgetteren,…).

Naar het **kind** toe is er een ontwikkelingspsycholoog en een kindertherapeut in het team. Deze zorgen voor de coördinatie van de activiteiten voor de kinderen en de ondersteuning van de moeders in het ontwikkelen van ouderschapsvaardigheden. Elk kind heeft individuele gesprekken met zijn case manager, die ook besprekingen houdt omtrent de opvoeding met de moeder alleen en met de moeder en het kind samen. Deze case manager legt eveneens contacten met andere kindgerichte diensten en voorzieningen en doet speltherapie met het kind alleen en met moeder en kind samen.

Phoenix House Family Project (Hove)

In dit zes maand durend residentieel programma kunnen moeders en kinderen samen worden opgenomen. Het uiteindelijke doel van de behandeling is een drugvrij leven of het stabiliseren van het methadongebruik. De ouders moeten niet drugvrij zijn vooraleer ze opgenomen kunnen worden.

Het programma voor de **ouders** bestaat onder meer uit een individueel bepaald zorgplan, graduele ontwenning, individuele begeleidingssessies, zelfhulp- en gemeenschapsgroepen, therapeutische groepen, opleidingsgroepen, opleiding/vrijwilligerswerk, praktische hulp (bv. omtrent financiën en huisvesting), ondersteuning bij gerechtszaken, samenwerking met andere voorzieningen, sport en recreatieve activiteiten, massage en alternatieve therapieën en een wekelijks bezoek aan een sportzaal, sauna of zwembad.

Voor de **kinderen** zijn volgende activiteiten voorzien: het opstellen van een individueel zorgplan op basis van een 'assessment' van bepaalde speciale noden, ontwikkelings-psychologische en therapeutische interventies, toegang tot een lokale school of crèche,

supervisie van ouder-kindspel, babygym of speelschema's, bevorderen van sportieve activiteiten buitenshuis, muziekgroepen, creatieve activiteiten en individuele begeleiding.
Naar het **gezin** toe kunnen therapeutische familiesessies of echtpaartherapie gehouden worden, kunnen bepaalde familiale banden terug aangehaald worden of worden familiegroepen georganiseerd met verschillende bewoners.

Voor meer informatie omtrent andere residentiële voorzieningen voor moeder en kind verwijzen we naar Graham et al. (1997), Hedrich (2000) en Whiteside-Mansell et al. (1999).

Enkele gelijkenissen en verschillen tussen deze voorzieningen voor moeder en kind

De meeste van voornoemde programma's zijn relatief beperkt qua **omvang**. Dit is noodzakelijk voor intimiteit en het nabootsen van een huiselijke gezinssfeer . Daarnaast heeft een grote groep vaak extra moeilijkheden, voornamelijk voor de kinderen. Anderzijds is deze kleinschaligheid een probleem: nog steeds bestaat er een groot **gebrek** aan opvangplaatsen voor moeder én kind. Bovendien constateren we dat deze programma's zich bijna uitsluitend richten op moeders, waardoor het aanbod voor **vaders** of koppels die samen met hun kind(eren) willen opgenomen worden heel beperkt is.
De meeste programma's richten zich op **jonge** kinderen.

Qua **infrastructuur** treffen we duidelijke verschillen aan: in bepaalde voorzieningen beschikken de moeders over een eigen woning (soms per twee moeders), terwijl in andere programma's de moeders enkel over een eigen kamer beschikken (soms alleen, soms samen met het kind) en de andere ruimtes gemeenschappelijk zijn.
Daarnaast verschilt ook de **plaats** van het programma binnen een groter geheel: zo is de Tipi een deel van T.G. De Kiem, terwijl het Maya Addaction Project onafhankelijk werkt en Projekt 4 ingebed is in een grote organisatie (Parnassia) die verschillende projecten en voorzieningen groepeert. Uiteraard zorgt dit voor heel wat verschillen omtrent verwijzende instanties, inschakelen van andere voorzieningen, structurele capaciteit, financiële ondersteuning, …
Wat betreft het **programma** zijn er aanzienlijke verschillen: een aantal programma's voor moeder en kind zijn ontstaan in de schoot van een bestaande therapeutische gemeenschap. Verschillende van deze programma's werken nog verder in deze traditie, zodat de moeders in deze voorzieningen overdag het programma van de therapeutische gemeenschap mee volgen en 's avonds voor hun kind zorgen.
Andere programma's kozen voor de uitbouw van een afzonderlijk programma los van een bestaande therapeutische gemeenschap. Zo koos men er in Projekt 4 onlangs voor om over te schakelen van het T.G.-model naar het uitbouwen van een specifiek programma. Deze ommekeer vormt een belangrijke wending binnen het T.G.-denken.
Initiatieven die niet ontstaan zijn vanuit een bestaande T.G. hebben een eigen programma ontwikkeld, aangepast aan de noden en behoeften van de ouders en hun kinderen. In de voorzieningen waar een specifiek programma is uitgebouwd, is veel meer ruimte voor allerlei thema's die in verband staan met de opvoeding.

Naast deze grote tweedeling binnen de residentiële voorzieningen, bestaan ook heel wat **inhoudelijke** verschillen tussen de programma's. Het betreft een continuüm van een sterk individueel gerichte aanpak naar een aanpak waarbij de groep en het groepsgebeuren centraal staat (cf. T.G.-oriëntatie). Ten tweede bestaat een belangrijk inhoudelijk onderscheid met betrekking tot de focus van het programma: sommige programma's richten zich vooral op de oorzaken van verslaving (vnl. werken rond eventuele kinderlijke trauma's); andere

programma’s concentreren zich meer op het hier-en-nu, op rehabilitatie in de samenleving (bv. werken rond opleiding, tewerkstelling). Uiteraard zijn veel combinaties en mengvormen mogelijk.

De **duur** van het programma loopt sterk uiteen; in de meeste programma’s is de duur vrij lang (van 6tot 18 maanden). Eén programma, namelijk het AR-CARES-programma (cf. Whiteside-Mansell et al., 1999) beperkt zich tot crisisopvang, waardoor de gemiddelde verblijfsduur ongeveer 15 weken bedraagt.

Ook wat betreft de **opvoedingsondersteuning** bestaan heel wat verschillen tussen de programma’s. Deze verschillen betreffen niet alleen het aandeel van dergelijke opvoedkundige thema’s binnen het programma, maar ook inhoudelijk zijn er heel wat verschillen.

Een greep uit het aanbod:
- Observatie van de moeder-kindinteractie en dit nadien bespreken in gesprek met de moeder
- Videohometraining
- ‘Parenting classes’ (bv. rond veiligheid, opvoeding)
- Allerlei moeder- en oudergroepen waarin de moeders onder elkaar problemen uit de opvoeding bespreken
- Pedagogische groepen waarin gewerkt wordt rond de moeder-kind relatie (bv. een spreker uitnodigen, een boek lezen, rollenspel); meestal vertrekkende vanuit de wensen, vragen en noden van de moeders
- Moeder-kind supervisie
- Speltherapie met moeder en kind
- Gesprekken met moeder en kind samen
- Familietherapie
- Individuele begeleiding, zowel van moeder als van kind
- Meehelpen in de crèche (Brown et al., 1996)
- Babymassage (ibid.)

Ook structureel bestaan rond de opvoedingsondersteuning van de ouders aanzienlijke verschillen tussen de programma’s. In Projekt 4 heeft bv. elke moeder – naast een individuele begeleider – ook een pedagogische begeleider die zich specifiek richt op de moeder-kind interactie en op de opvoeding.
Naast deze elementen worden nog andere initiatieven vermeld, zoals het meehelpen van de ouder in de crèche (Brown et al, 1996). Ook babymassage wordt vermeld (ibid.).

Wat betreft de **kinderen** zien we dat die in de meeste programma’s overdag opgevangen worden in een crèche. Meestal sluit men hiertoe een samenwerkingsakkoord met bestaande kinderdagverblijven, dus binnen het reguliere circuit. Een aantal programma’s heeft een gespecialiseerd kinderdagverblijf opgericht voor de opvang van kinderen van verslaafde ouders (bv. De Woezel bij Projekt 4; cf. Leopold & Steffan, 1997; Schumacher et al., 1996). Oudere kinderen gaan naar school. Er worden ook specifieke activiteiten ingericht, zoals:
- Creatieve therapie (bv. bij getraumatiseerde kinderen) (Mosley, 1996).
- Individuele begeleiding (gesprekken)
- Individuele speltherapie.

Binnen verschillende voorzieningen wordt vooraf met de ouder een **contract** opgemaakt omtrent het garanderen van de veiligheid van het kind. Dit gebeurt onder meer in de Tipi en de Kangourou en ook Leopold & Steffan (1997) vermelden dit bij de beschrijving van enkele residentiële moeder-kindprogramma’s. In dit contract wordt neergeschreven wat met het kind zal gebeuren wanneer de moeder voortijdig de voorziening verlaat. De invulling ervan verschilt naargelang de voorziening. Soms is er sprake van een externe vertrouwenspersoon die bij het verlaten van het programma door de moeder moet worden gecontacteerd en die dan de zorg voor het kind op zich neemt; in andere programma’s blijft het kind, in afwachting van een meer geschikte opvang in de voorziening. In dit contract worden ook meestal een aantal belangrijke **regels** gesteld die in de voorziening algemeen gelden, zoals het verbod op het gebruik van geweld en drugs en het verbod op seksuele contacten tussen bewoners. Soms voegt men er aan toe dat de moeder met haar kind niet mag praten over haar verlangen om de voorziening te verlaten.

De meeste residentiële programma’s hebben een belangrijk aanbod aan **nazorg**. De invulling ervan is opnieuw erg verschillend (semi-residentieel of ambulant, verschillende soorten begeleiding, verschillende intensiteit), maar er is een groeiend besef van de noodzaak aan een blijvende ondersteuning op verschillende vlakken, ook nadat de moeder en haar kind het programma verlaten hebben (De Leon & Jainchill, 1991). Ook ouderschapsondersteuning maakt hier meestal deel van uit.

Als een Therapeutische Gemeenschap zich meer wil open stellen voor moeders met kinderen moeten op verschillende vlakken veranderingen gebeuren (cf. Tabel 1) (Brown et al., 1996, p. 54):

Tabel 1: Noodzakelijke veranderingen bij de evolutie naar een therapeutische gemeenschap voor vrouwen en kinderen.

✓ ***Structurele veranderingen:***
- Verschillende modellen van kinderopvang zijn mogelijk, gaande van het overlaten van de kinderen aan de zorgen van anderen tot de moeders de hele zorg voor kinderen op zich laten nemen.
- Nadenken over het aantal kinderen dat men kan opnemen.
- Nadenken over het type van behuizing: slaapzalen (wat een controle kan zijn doordat medebewoners mee toezicht kunnen houden op de kinderen) of aparte appartementen (wat meer privacy biedt). Misschien is de eerste optie vooral belangrijk in de eerste fase van de behandeling, de tweede optie in de laatste behandelingsfase.
- Inrichten van een kindvriendelijke omgeving (bv. aangepast meubilair, veilige omgeving, speelgoed).
- Het programma moet flexibel zijn.
- Er moet oog zijn voor de moeder-kind interactie.
- Er moeten leeftijdspecifieke groepen zijn voor de kinderen.
- Er moet aandacht zijn voor dieet en voeding.
- Het avondprogramma en het programma tijdens vakantieperiodes moeten aangepast zijn aan kinderen.
- De evaluatie moet op drie niveaus gebeuren, namelijk moeder, kind en moeder-kind interactie.

✓ ***Aanpassingen op het niveau van de behandeling:***
- Vrouwen worden in een dergelijk programma sterk geconfronteerd met hun ouderschaps-vaardigheden, wat angst, schaamte en schuld kan veroorzaken.
- Voor zwangere vrouwen moeten er speciale groepen zijn
- Kinderen die stoornissen vertonen in hun ontwikkeling door het druggebruik van de moeder tijdens de zwangerschap hebben speciale zorg nodig en hiervoor moet contact genomen worden met de school
- Men moet rekening houden met het feit dat de kinderen de moeders zullen testen en dat ze 'acting-out'-gedrag stellen.
- Er moet opleiding komen omtrent de ontwikkeling van een kind, omtrent acting-out gedrag, de seksualiteit van een kind, …
- Ook andere mensen uit de omgeving van het gezin moeten mee betrokken worden (partner, grootouders, …).

✓ ***Verandering op het niveau van de staf en de opleiding van de teamleden***:
- De discussie omtrent een al dan niet gemengd team moet gevoerd worden (enkel vrouwelijke teamleden of zowel mannen als vrouwen?).
- Er moet opleiding komen omtrent de ontwikkeling van een kind en omtrent kinder-mishandeling.
- Teamleden moeten aangewezen worden als verdedigers van de rechten van het kind.
- Er moet kennis komen over en rekening gehouden worden met bijkomende stoornissen bij cliënten.
- Er moet meer kennis komen over en rekening gehouden worden met overdracht en tegenoverdracht van het team naar de bewoners en omgekeerd.

De **evaluatie** van dergelijke residentiële moeder-kindprogramma’s is momenteel beperkt, maar volgende bevindingen kunnen reeds aangegeven worden. Zo stellen Killeen & Brady (2000) dat een residentieel programma voor moeders én hun kinderen een meer comprehensief model biedt voor drughulpverlening in een omgeving waarin beiden kunnen participeren en een dagstructuur, organisatie en consistentie ervaren. Bovendien biedt een dergelijk model de kans aan de ouders om hun geleerde ouderschapsvaardigheden onder supervisie te oefenen.
Killeen & Brady (2000) besluiten als volgt:

> *“Most intervention outcome studies show only marginal benefits that are short-lived. The numerous psychosocial deficits of this population require more intensive comprehensive long-term treatment. Residential treatment offers a new promising approach for rehabilitating mothers and children. This study suggests that substantial gains can be made in the development of drug-exposed children by providing an enriched and stable environment during early childhood. In addition, this treatment may prove cost-effective by saving on foster care placement, emergency room visits, medical and psychiatric admissions, repeated detoxifications, incarcerations, and special educational needs for children” (p. 29).*

Goddard et al. (1991) geven een aantal positieve uitkomsten van hun residentieel programma voor vrouwen en kinderen, zoals verbeteringen in het gedrag van het kind (minder agressief en teruggetrokken, opener en vriendelijker, ontwikkelingsverbeteringen, beter kunnen omgaan met andere volwassenen en kinderen) en verbeteringen in de moeder-kind relatie (veiliger, dichter, warmer). Ook De Leon & Jainchill (1991) en Strijker et al. (1999) evalueren residentiële programma’s voor ouder en kind als bijzonder effectief. Zij benadrukken daarenboven dat het belangrijk is dat een dergelijk programma gekoppeld wordt aan een bestaand programma van een Therapeutische Gemeenschap. Whiteside-Mansell et al. (1999) voegen er nog aan toe dat dergelijke programma’s een goede, ontwikkelingsbevorderende omgeving kunnen bieden voor de kinderen.

C. Besluit

De groeiende aandacht voor drugverslaafde ouders en hun kinderen blijkt uit de beschrijving van deze modellen. De meeste van deze voorzieningen of initiatieven werden echter heel recent opgericht en heel wat voorzieningen zijn door hun beperkte middelen niet in staat om hun aanbod werkelijk uit te bouwen. Bovendien is het ook heel opvallend dat deze voorzieningen een heel uiteenlopend aanbod hebben en op diverse punten duidelijk verschillen.

2.2 Netwerkvorming

2.2.1 Formele samenwerking tussen voorzieningen

- **Inleiding**

Hiervoor is reeds duidelijk geworden dat heel wat verschillende voorzieningen betrokken zijn bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. Vaak verloopt de samenwerking en coördinatie tussen deze voorzieningen niet optimaal en bestaat veel onduidelijkheid. Om aan deze problemen tegemoet te komen en de hulpverlening op een meer coherente en gecoördineerde manier te laten verlopen, zijn de laatste jaren verschillende initiatieven (netwerken) ontstaan met voorzieningen uit verschillende sectoren (niet-categoriale hulpverlening en drughulpverlening; kindgerichte en volwassenengerichte voorzieningen). Ook in de literatuur worden beschrijvingen van dergelijke initiatieven gegeven (cf. Clarke & Griffiths, 2000; Ryland & Lucas, 1996).

Een belangrijke **doelstelling** van deze netwerken bestaat uit 'informatie-uitwisseling', om zo tot een gezamenlijke aanpak , coördinatie en taakverdeling (wie neemt welk deel van de hulpverlening op zich?) te komen. Opvolging van de hulpverlening om aldus de coördinatie en de continuïteit te bewaken vormt dan ook een belangrijke doelstelling.

In volgend deel worden voornamelijk initiatieven uit het buitenland besproken, waar reeds langer een formele samenwerking tussen voorzieningen bestaat. We gaan in op voorbeelden uit de literatuur en op twee buitenlandse initiatieven. Uiteraard is het belangrijk om bij de beoordeling van deze initiatieven rekening te houden met de specifieke context van dit initiatief, de bestaande voorzieningen, de organisatie van de hulpverlening, het wettelijke kaders waarbinnen gehandeld wordt, enz. Op het einde van dit deel kijken we naar de situatie in België, namelijk naar het N.O.O.D.-project in Antwerpen en het 'Projet Parentalité in Luik.

- **Bureau Kinderen van Drugverslaafde Ouders (KDO) – GG&GD Amsterdam**

In Amsterdam werd in 1986 gestart met het bureau KDO, een onderdeel van de afdeling Zorgcoördinatie en Ondersteuning van de divisie Jeugd en Geestelijke Gezondheidszorg van de GG&GD Amsterdam (Gemeentelijke Geneeskundige & GezondheidsDienst). Men voelde op dat moment een duidelijke nood om een brug te slaan tussen de jeugdhulpverlening, die zich richt tot het kind en de drughulpverlening die zich op de ouders richt[7].

Men koos ervoor om het bureau KDO binnen de GG&GD te plaatsen, enerzijds omdat de GG&GD in Amsterdam een gezagsvolle en belangrijke instantie is en anderzijds omdat dit een neutrale instantie is, die los staat van de bestaande hulpverleningsdiensten die in contact komen met verslaafde ouders en hun kinderen. Het valt aan te raden dergelijke coördinatie van hulpverlening niet binnen de volwassenenzorg (drughulpverlening) te situeren:

> *"In de praktijk blijkt dat deze coördinatie niet kan worden gedaan door case managers in de volwassenenzorg. Zij coördineren de zorg rondom de behandeling van de volwassen patiënt. Zij hebben geen neutrale positie en vaak onvoldoende zicht op de situatie van de kinderen (Van Erp, 2000).*

[7] A. Baller – persoonlijke communicatie, 8/11/00

Uitgangspunt van dit project is dat kinderen moeten kunnen opgroeien bij hun ouders, op voorwaarde dat die hun kinderen voldoende basiszorg bieden (Visser, 1999). Dit initiatief heeft dus een belangrijke preventieve werking ten aanzien van plaatsing[8].

Het bureau KDO is de **coördinerende** instantie waarbij verschillende diensten, voorzieningen en instanties een netwerk vormen[9] onder leiding van een case manager. Het bureau KDO verleent dus zelf geen hulpverlening, coördineert enkel de hulpverlening.
Drie **taken** kunnen onderscheiden worden (Jaarverslag KDO, 1999):

- Het coördineren van de bestaande hulpverlening en het bewaken van de continuïteit (door casusbesprekingen, informele en telefonische contacten met verschillende betrokken diensten).
- Het geven van voorlichting en advies aan zowel ouders als betrokken diensten
- Het signaleren van knelpunten en lacunes in de hulpverlening.

De samenwerking concentreert zich dus volledig rond de **basiszorg** voor het kind en er is geen inhoudelijke samenwerking. De samenwerking is volledig **vrijwillig**, zowel ten aanzien van de deelnemende diensten en voorzieningen als ten aanzien van de ouders zelf. Niemand is verplicht om deel te nemen aan de werking van het KDO (Leopold & Steffan, 1997).

Concreet wordt na de aanmelding (door het ziekenhuis of een andere instelling) eerst een inventarisatie gemaakt van alle personen die bij het gezin en de gezinssituatie betrokken zijn, wordt kennis gemaakt met het gezin, waarbij uitleg wordt gegeven over de positie en de werkwijze van het bureau KDO. Met alle betrokken voorzieningen en instanties, wordt – samen met het gezin – een plan opgesteld met afspraken over de basiszorg voor het kind en een termijn voor de evaluatie van de afspraken. De controle op die basiszorg voor het kind gebeurt via de betrokken voorzieningen én via de consultatiebureaus en de school.
De case manager zorgt voor de uitvoering van de activiteiten om de basiszorg te controleren en regelt de steun aan de ouders. Een belangrijk knelpunt hierbij is datmen afhankelijk is van andere hulpverleners om informatie te krijgen en dat er dus binnen de diensten een voldoende groot draagvlak voor een dergelijke coördinerende instantie moet zijn[10].
Naast deze activiteiten zorgt het bureau KDO ook voor casusbesprekingen, voorlichting, verwijzingen en crisisinterventies. Deze ondersteuning en coördinatie kadert binnen de vrij-willige hulpverlening.
Er worden een aantal **basiszorgcriteria** gehanteerd waaraan door de ouders moet voldaan worden (Visser, 1999):

- In de woning moeten bepaalde voorzieningen aanwezig zijn zoals gas, water en licht, de nodige baby- en kinderspullen.
- Het kind moet voldoende dagelijkse verzorging krijgen (voeding, kledij en lichamelijke verzorging).
- Het kind moet goede medische verzorging krijgen.
- Er dient minimaal één vaste verzorger aanwezig te zijn.
- Oouders en kind volgen een regelmatig dag- en nachtritme.
- Ouders komen de afspraken voor de kinderen na (vnl. medische controles bij het consultatiebureau of het ziekenhuis).
- Ouders geven het kind voldoende emotionele en affectieve aandacht.
- Leerplichtige kinderen gaan dagelijks naar school.

[8] A. Baller – persoonlijke communicatie, 8/11/00.
[9] Voorzieningen die deelnemen aan het netwerk zijn onder meer de huisarts, het Bureau Advies aan Ouders, de RIAGG, justitie en/of politie, drugsafdeling, jeugdgezondheidszorg, ziekenhuis, het bureau KDO van Arnhem, particuliere diensten, de Jellinekkliniek, scholen,… (Jaarverslag KDO, 1999).
[10] A. Baller – persoonlijke communicatie, 8/11/00.

Indien de ouders de basiszorg voor het kind niet kunnen realiseren wordt – via de betrokken hulpverleners – een melding gedaan bij de Raad voor de Kinderbescherming. Indien er een Onder Toezicht Stelling komt, verandert de rol van het KDO van een actieve naar een passieve rol (Vegter et al., 1999).

Dit project bestaat al geruime tijd. Dit impliceert dat reeds een lange weg werd afgelegd, waarbij de samenwerking en coördinatie in de beginfase zeker niet gemakkelijk verliep. Door het blijven zoeken en uitwisselen van kennis, is dit nu veel meer 'een evidentie' geworden, wat het werken een heel stuk eenvoudiger maakt[11].

Leopold & Steffan (1997) vermelden enkele moeilijkheden om een dergelijk model te implementeren in andere landen: dit is enkel mogelijk tegen de achtergrond van een goed ontwikkeld drughulpverleningsysteem inclusief een gemakkelijke toegang tot therapieën en methadonsubstitutie en intensieve psycho-sociale begeleiding. Daarnaast kan de pragmatische werkwijze van dit netwerk, gebaseerd op de vrijwillige toestemming van alle betrokkenen een struikelblok vormen voor overheden. Tenslotte kunnen ook problemen rijzen omtrent de privacywetgeving, gezien in het concept van KDO heel veel gedetailleerde en niet geanonimiseerde informatie door één instantie verzameld wordt zonder een stevige juridische en waterdichte basis.

- **Centraal Adres – Rotterdam**

Vergelijkbaar met bovenstaand project in Amsterdam is het 'Centraal Adres' in Rotterdam. Dit Centraal Adres werkt onder verantwoordelijkheid van de Instelling Verslavingszorg Stedendriehoek (IVS) en de Gelderse Stichting voor Jeugdhulpverlening (GSJ).
Ook hier staat het '**bewaken**' van de zorg voor het **kind** centraal, waarbij men tracht te komen tot goede hulpverlening aan kinderen van verslaafde ouders. Bedoeling is dat men zicht krijgt op de situatie van de kinderen en erop gelet kan worden dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. (Centraal Adres, s.d.).

Ook hier heeft dit coördinatiepunt een drieledig **takenpakket** (Centraal Adres, s.d.). Vooreerst richt men zich op coördinatie van de hulpverlening, volgens de principes van case management. Het Centraal Adres heeft dus een coördinerende en signalerende taak, geen uitvoerende hulpverleningstaak. Concreet betekent dit:

- Een bijeenkomst organiseren met de ouders en alle betrokken hulpverleners.
- Gezamenlijke afspraken maken over de zorg voor de kinderen of al bestaande afspraken op elkaar afstemmen.
- Nagaan of de gemaakte afspraken binnen de gestelde termijn nagekomen worden en zonodig het behandelplan bijstellen.
- Duidelijk maken welke hulpverlener verantwoordelijk is voor het belang van het kind en welke voor de ouders.
- Indien nodig hulpverleners en instanties inschakelen die tot taak hebben de ontwikkeling van het kind van dichtbij te volgen, zodat er zicht komt op de ontwikkeling van het kind.
- Signaleren waar hulp/zorg ontbreekt, bekend maken waar hulp geboden wordt en zorgen dat de ouders en/of kinderen deze hulp ook krijgen.

[11] A. Baller – persoonlijke communicatie, 8/11/00.

Een tweede taak bestaat uit voorlichting en consultatie op het gebied van verslaving en hulpverlening aan de kinderen van verslaafde ouders.
Tenslotte heeft men ook een meldings- en registratietaak. Om meer inzicht te verwerven in de aard en omvang van de problematiek vindt registratie plaats, waardoor ook de hulpverlening aan de kinderen blijvend gevolgd kan worden en problemen zo vroeg mogelijk gesignaleerd kunnen worden. Aan hulpverleners wordt dan ook gevraagd om ieder kind van drugverslaafde ouders, in samenspraak met de ouders, aan te melden bij het Centraal Adres.

In de brochure ‘Informatie voor Ouders en Aanstaande Ouders’ (Centraal Adres, s.d.) worden een aantal voorwaarden aangegeven waaraan ouders moeten voldoen, wanneer ze zich door het Centraal Adres willen laten ondersteunen: reeds voor de bevalling komt een wijkverpleegkundige van het Consultatiebureau aan huis om na te gaan of alle nodige voorzieningen (woonruimte met gas, water en licht, kleertjes, eten) voor de baby aanwezig zijn. De moeder moet tijdens het verblijf van de baby in het ziekenhuis na de bevalling een aantal keren per dag haar kind komen verzorgen en voeden. De baby kan pas naar huis als hij minstens drie weken oud is, de ouders zich aan de gemaakte afspraken houden en er aan de basiszorg voldaan is (een vaste woonruimte met gas, licht en water, aanwezigheid van alle nodige elementen om de baby te kunnen voeden, verzorgen en kleden en permanente aanwezigheid van één persoon die voor het kind zorgt en het op tijd eten en drinken geeft). Daarnaast moeten alle kinderen tussen nul en vier jaar regelmatig gecontroleerd worden op groei en ontwikkeling op het consultatiebureau. Omdat kinderen van verslaafde ouders meer risico’s lopen, wordt ook verwacht dat deze ouders vaker op controle komen en zullen ook vaker huisbezoeken plaatsvinden.

- **River Clinic – Beresford Project**

De ‘River Clinic’ is onderdeel van het Beresford Project, gelegen in Woolwich (London). De ‘River Clinic’ is een samenwerkingsverband waarbij verschillende disciplines en voorzieningen een **multidisciplinair team** vormen. Deelnemende voorzieningen en instanties zijn onder meer vroedvrouwen, een pediater, een gynaecoloog, een psychiater, een huisarts, verpleegkundigen van de **afdeling neonatologie**, drie drughulpverleners, psychiatrisch verpleegkundigen, sociale dienst, … Dit team komt wekelijks samen in de afdeling neonatologie van een algemeen ziekenhuis in de buurt. De ouders zijn van deze wekelijkse bijeenkomsten op de hoogte.
Centraal in dit team staat de **vroedvrouw** van de River Clinic. Zij maakt feitelijk deel uit van het Beresford Project, maar haar werkgebied is het algemeen ziekenhuis. Zij legt de contacten met de cliënten en met verschillende betrokken voorzieningen en instanties waarmee een samenwerkingsprotocol wordt afgesloten (Clarke & Forby, 2000). Op die manier is zij de verbindende figuur tussen alle verschillende voorzieningen en instanties.
Doelstellingen van dit team zijn informatie-uitwisseling en het maken van duidelijke afspraken rond de taakverdeling in de hulpverlening.

Daarnaast wordt één maal per week in het algemeen ziekenhuis een **consultatiemoment** voorzien voor drugverslaafde ouders. Men richt zich dus voornamelijk op **zwangere vrouwen**, waarbij men probeert ondersteuning te bieden op verschillende gebieden. Vooral het medische luik komt hierbij aan bod, evenals de sociale en psychologische begeleiding (inclusief opvoedingsondersteuning en het eventueel inschakelen van kindgerichte voorzieningen).

Men streeft ernaar om zo vroeg mogelijk tijdens de zwangerschap te starten met de begeleiding om het risico op ontwenningsverschijnselen en andere ontwikkelingsstoornissen bij het kind zo beperkt mogelijk te houden. De begeleiding duurt normaal gezien tot het kind 6 maanden oud is. Indien dan nog verdere begeleiding gewenst is, worden cliënten doorverwezen naar andere voorzieningen of instanties.

Wat betreft het **beroepsgeheim** wordt naar de ouders toe gezegd dat zij kunnen beslissen over wat aan andere voorzieningen kan doorgezegd worden, *tenzij:*

- Er een vermoeden bestaat dat het kind risico loopt op verwaarlozing of misbruik (drug- of alcoholgebruik alleen is geen voldoende vermoeden).
- Er een vermoeden bestaat dat de ouder een gevaar is voor zichzelf of voor anderen.
- Iemand dringend medische verzorging nodig heeft.
- Iemand van het project in een gerechtzaak moet getuigen (Beresford Project, s.d.).

Op het moment dat besloten wordt om het beroepsgeheim te doorbreken, wordt de ouder op de hoogte gebracht van de stappen die ondernomen zullen worden. Eén van de **uitgangspunten** van de River Clinic is immers dat cliënten – aansluitend bij de ‘harm reduction’-filosofie – zelf kunnen beslissen over hun behandelingsdoelen en behandelplan. Dit bevordert het stellen van realistische doelen en verhoogt de motivatie van de cliënt. Bovendien laat dit de cliënten toe om te kiezen voor een methadondosis waar ze zich zelf goed bij voelen. Men probeert hiertoe ook zoveel mogelijk positieve feedback en ondersteuning aan de cliënten te geven om hen continu te engageren in de behandeling (River Clinic, 2000).

Klee & Jackson (1998) beschrijven een gelijkaardig model; waarbij de ‘**drugs liaison midwife**’[12] medieert tussen de cliënt en de drughulpvoorzieningen, voorzieningen voor volwassenen en voorzieningen voor kinderen in de niet-categoriale hulpverlening en andere sociale voorzieningen. In de drugkliniek is er een ondersteuningsgroep voor zwangere vrouwen die bestaat uit de vroedvrouw, de dokter, een case manager, een gezondheidswerker en eventueel de sociaal werker van de cliënt. Maandelijks wordt de evolutie nagegaan en de ‘liaison midwife’ houdt rechtstreeks contact met de cliënten. Men voorziet bijscholingen en de ‘liaison midwife’ is zowel aanspreekbaar voor het team van de materniteitsafdeling als voor de moeder zelf.

Voordeel is onder meer dat verschillende niveaus van formaliteit in het uitwisselen van informatie en het nemen van beslissingen mogelijk zijn. Dit garandeert meer mogelijkheden tot flexibiliteit en het aanpassen van de ondersteuning en samenwerking aan de lokale omstandigheden. Maar het kan ook een nadeel zijn wanneer informele systemen van communicatie-uitwisseling worden misbruikt, zodat alle verantwoordelijkheid bijvoorbeeld bij de vroedvrouw komt te liggen en alles van haar inzet, energie en capaciteit afhangt. Alles is dus afhankelijk van de persoon van de vroedvrouw en dit kan er ook toe leiden dat de cliënt enkel met de vroedvrouw een diep contact ontwikkelt en geen relaties legt met andere professionelen.

Een gelijkaardig model is dat van Hepburn (in: Klee & Jackson, 1998), waarbij alle relevante diensten uitgenodigd worden om te participeren in het voorzien van een multidisciplinaire, gecoördineerde zorg voor verschillende gezondheids- en sociale problemen. De dienst zelf is gelokaliseerd in het ziekenhuis. Het hele team werkt samen en een intense relatie met één vroedvrouw wordt absoluut ontraden. Voordeel hiervan is dat alle beslissingen éénparig

[12] Vrij vertaald is dit een vroedvrouw die binnen een drughulpverleningssetting werkt.

worden genomen, dat men minder afhankelijk is van informele communicatiekanalen en formele procedures kunnen gemakkelijker geëvalueerd worden.

Zuckerman (1994) tenslotte beschrijft de ‘**Women and Infants’ Clinic**”. Binnen een pediatrische eerstelijnssetting probeert men drughulpverlening te integreren. Er werd voor geopteerd om het project te plaatsen binnen een pediatrische setting omdat dit een niet-stigmatiserende setting is en omdat dit de interesse van de moeders naar hun kinderen toe ondersteunt. Het programma bestaat uit een wekelijkse klinische sessie, een herval-preventiegroep en een moeder-kindgroep. De drughulpverlener werkt met de moeder rond haar drugproblematiek en functioneert eveneens als case manager naar andere kindgerichte voorzieningen toe (maken van en herinneren aan afspraken, helpen om bepaalde ondersteuning te verkrijgen, identificeren van betrokkenen uit de omgeving die haar kunnen ondersteunen, …). De pediater houdt de ontwikkeling van het kind in het oog, helpt de moeder om de ontwikkeling en het gedrag van haar kind beter te begrijpen en ondersteunen hierdoor haar haar zelfbeeld en competentie. Dit alles gebeurt door middel van het stellen van vragen, observeren van het kind, ‘modeling’ van interactief gedrag en het benoemen van positief gedrag van de moeder naar het kind. In de wekelijkse moeder-kindgroep wordt gefocust op de moeder-kind interactie, met als doel het versterken van een hechte relatie tussen moeder en kind en het bewust worden van de noden van het kind. Dit gebeurt via het bespreken van het spelgedrag van het kind, ‘modeling’ van uitbreiden van taal en grenzen stellen, leren begrijpen van ontwikkelingsvaardigheden, noden en bezorgdheden van het kind, op uitstap gaan met moeder en kind,… .

- **Andere modellen**

The **CHANCES programma** zorgt voor gecoördineerde vroegtijdige zorg in één enkele locatie door een team met onder meer verpleegkundigen, drughulpverleners, een dokter en een sociaal werker (Tanny & Lowenstein, 1999 in: Whiteside-Mansell et al., 1998).

Lanehart et al. (1994) beschrijven het ‘**Women’s Intervention Services and Education**’ (WISE) project in Florida. Dit WISE-project is een overkoepelende organisatie die de behandeling en ondersteuning voor drugverslaafde vrouwen tracht te coördineren door het voorzien in intensief **case management** en door deze vrouwen naar voorzieningen te verwijzen die aangepast zijn aan hun individuele noden. De meeste voorzieningen hebben een contract bij de overkoepelende organisatie van het WISE-project om behandelingsdiensten voor vrouwen te ontwikkelen en te onderhouden. WISE beschikt dus over een resem aan diensten die werken voor dit project:

- Residentiële behandeling inclusief drughulpverlening, crisisopvang en daklozenopvang.
- Begeleiding omtrent geestelijke gezondheid, druggebruik, ouderschap en kindermisbruik
- Groepen rond bv. nabehandeling, misbruik, kindermishandeling en relaties.
- Ondersteuning omtrent huisvesting, gezondheidsvoorlichting, transport en budgetteren.
- Opleiding, beroepstraining en jobondersteuning.
- Training van persoonlijke vaardigheden zoals familiale relatie, vrije tijdsvaardigheden.
- Dagopvang en transport voor kinderen; een adoptiedienst.
- Case management en nazorg management.

Concreet spreekt de case manager met de cliënten (telefonisch en in individuele contacten) en verzamelt hij informatie vanuit teamvergaderingen in de diensten.

Bovenstaande beschrijving geeft aan dat er twee duidelijk verschillende modellen van case management kunnen aangegeven worden, waarbij de lijn tussen beiden niet steeds even duidelijk te trekken is. Enerzijds is er case management waarbij louter coördinerend gewerkt wordt ten aanzien van de verschillende voorzieningen die bij een gezin betrokken zijn en anderzijds is er case management waarbij de case manager ook met het gezin zelf werkt.

- **Belgische initiatieven**

N.O.O.D.-project

In de regio **Antwerpen** werd eind 1999 gestart met het N.O.O.D.-project (Netwerk-ontwikkeling rond Opvoedingsondersteuning voor Ouders met een Drugprobleem). Dit project dat kadert binnen het Strategische Plan Drugbeleid Antwerpen (SPDA) wordt gefinancierd door SODA.
Dit project heeft twee algemene **doelstellingen**: enerzijds het verminderen van de risico’s in de opvoedingssituaties van kinderen van druggebruikende ouders, zowel op fysiek als psychosociaal vlak en dit gedurende hun volledige ontwikkeling (tot 18 jaar) thuis en elders. Anderzijds wil men deze ouders en hun kinderen optimaal gaan ondersteunen via een operationeel netwerk (Rombouts, 2000a).
Wat betreft de achterliggende **visie** vertrekt men vanuit een realistische visie van schadebeperking (harm reduction’) en gerichtheid op de context en omgeving, waarbij de veiligheid van het kind als prioriteit wordt gesteld. Daarnaast is het de bedoeling om de draagkracht van de druggebruikende ouder(s) te doen groeien en om het generatie-overstijgende karakter van de problematiek te doorbreken (Rombouts, 2000a).

Uit een eerste bevraging van de niet-categoriale voorzieningen die met drugverslaafde ouders en hun kinderen in contact komen, bleek alvast dat er een grote nood is aan vorming en deskundigheidsverhoging. In dit kader werden vormingsmomenten opgezet om hulpverleners rond deze problematiek te informeren en werd eveneens een praktische **gids ‘Zwangerschap en Druggebruik’** uitgebracht (Rombouts, 2000b). Bij deze bevraging bleek ook duidelijk dat de omvang van het probleem in de regio Antwerpen heel gebrekkig geregistreerd wordt, zodat momenteel naar een goede registratiemethode wordt gezocht om een beter zicht te krijgen op de omvang en de aard van deze problematiek.

Naast bovenstaande elementen is men in dit project op zoek gegaan naar manieren om de samenwerking tussen verschillende voorzieningen en instanties die met drugverslaafde moeders en hun kinderen in contact komen te verbeteren. In dit kader werd in binnen- en buitenland naar een geschikt model gezocht om een **netwerk** te vormen met deze voorzieningen. Er werd een werkgroep samengesteld met ondermeer vertegenwoordigers van SODA, het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, Kind en Gezin, de sociale dienst van de Jeugdrechtbank,de Jeugdbrigade, Markant, De Sleutel, het Erasmus en Koningin Paola Kinderziekenhuis en Free Clinic. Deze werkgroep, die zich vooral richt op drugverslaafde ouders met jonge kinderen (0 tot 6 jaar) heeft een samenwerkingsprotocol opgesteld waarbij verschillende voorzieningen zich tot een aantal afspraken verbinden op het moment dat een zwangere vrouw of jonge moeder met een drugverslaving bij hen wordt aangemeld. Op die manier wordt gestreefd naar zorgafstemming tussen verschillende partners voor, tijdens en

onmiddellijk na de zwangerschap. De partners in dit netwerk zijn de case manager die de hulpverlening coördineert, de drughulpverlening, de kraamklinieken en Kind en Gezin. Dit netwerk spiegelt zich aan het netwerk van het bureau KDO Amsterdam en stelt zich in die zin tot doel om de hulpverlening aan deze ouders te coördineren en de continuïteit ervan op te volgen. De veiligheid van het kind zelf wordt ook hier als het belangrijkste uitgangspunt gehanteerd. Daarnaast wil men via het netwerk ook een betere registratie van de problematiek ondersteunen.
Een belangrijke vraag bij het opstarten van dit netwerk is waar de case manager – die voor dit project aangeworven wordt – zal gehuisvest worden.

L'Atelier parentalité et usages de drogues

In de Franstalige Gemeenschap werd in 1997 gestart met "L'Atelier parentalité et usages de drogues", waarbij vijf verschillende organisaties[13] gedurende twee jaar zijn samengekomen rond het thema 'drugverslaafde ouders'. Dit samenwerkingsverband was vooral een soort 'denktank' waarbij men – vertrekkende vanuit vijf casussen – een inventaris wou maken van de knelpunten die men binnen de hulpverlening aan deze doelgroep ervaart. Er werd ook een aantal aanbevelingen gedaan omtrent mogelijke oplossingen voor deze knelpunten om zo de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen te optimaliseren. Dit denkwerk resulteerde in 1998 in het boek 'Parents usagers de drogues' (Jamoulle, 1998). Naast dit boek zag men als tweede belangrijke resultaat dat er bij de deelnemende organisaties een duidelijke verandering kwam in hun visie op druggebruikende ouders en hun kinderen.

Mede vanuit dit overlegplatform werd besloten om op meer regelmatige basis met alle voorzieningen die in de Luikse regio in contact komen met drugverslaafde ouders en hun kinderen samen te komen. Dit leidde tot de oprichting van 'L'Atelier parentalité et usage de drogues en région Liégeoise'. Deelnemende instanties zijn onder meer de gevangenis van Lantin, kinderdagverblijven, kindertehuizen, bureaus voor prenatale zorg, materniteiten, ziekenhuizen, SAJ (bijzondere jeugdbijstand), ONE (Kind en Gezin),…
Deze samenkomsten hebben vooral het karakter van **studiedagen**: er wordt steeds gewerkt rond verschillende thema's, zoals beroepsgeheim, samenwerking met justitiële diensten, opname in voorzieningen voor moeder en kind, zwangerschap en drugverslaving, de ontwikkeling van kinderen van drugverslaafde ouders bij hun terugkeer in het gezin,… (Van Russelt & Crollard, 2000). Door deze samenkomsten wordt de kennis bij de voorzieningen omtrent de complexe problematiek van drugverslaafde ouders vergroot. Daarnaast maken de voorzieningen kennis met elkaars werking . Dit vergemakkelijkt onderlinge samenwerking, overleg en coördinatie en kan misschien leiden naar een meer gelijklopende visie op (de hulpverlening aan) drugverslaafde ouders en hun kinderen.

Een centrale doelstelling van deze studiedagen is om de 'beschermingsreflex' die vele hulpverleners tegenover deze doelgroep hebben, te herleiden tot de juiste proporties (geen te ingrijpende acties of overreacties, maar toch een gezonde kritische blik) (Van Russelt & Crollard, 2000).

> *"Il nous est donc apparu indispensable de mettre en place, avec les institutions principalement concernées, un lieu d'échange permanent d'évaluation ou d'intervision où nos approches et conceptions puissent être confrontées, discutées et affinées" (Van Russelt & Crollard, 2000, p. 8).*

[13] Onder meer A.L.F.A Luik, het netwerk Alto, Midrash Brussel en de cel 'Toxicomanie' van CPAS –Charleroi.

In Luik gaat het dus niet om een netwerk waarin verschillende voorzieningen samenwerken, maar komen de voorzieningen bijeen in het kader van een studiemoment.

Vanuit deze studiedagen is recent een nieuw initiatief ontstaan waarbij een kleine groep hulpverleners op een meer regelmatige basis wil samenkomen om als een soort '**intervisie-groep**' stil te staan rond een aantal concrete situaties (Van Russelt & Crollard, 2000).

- **Besluit**

Er zijn dus verschillende mogelijkheden om een dergelijk formeel netwerk vorm te geven, wat onmiddellijk verbonden is aan verschillende invullingen van het begrip case management:

- Een model waarbij één persoon de spilfiguur, de link vormt tussen voorzieningen onderling en ook de begeleider is van de cliënt zelf (cf. River Clinic).
- Een model waarbij één persoon of instantie zich toelegt op de coördinatie van de hulp-verlening, waarbij er vooral wordt nagegaan hoe de hulpverlening verloopt (cf. KDO).
- Een model waarbij op initiatief van één voorziening of instantie hulpverleners regelmatig (al dan niet geformaliseerd) samenkomen rond een bepaalde casus of situatie.

Een totaal ander concept is dit waarbij studiedagen voor voorzieningen uit verschillende sectoren georganiseerd worden (cf. "L'Atelier").

Een tweede vraag die zich stelt is welke instantie de rol van case manager op zich neemt en dus waar deze persoon zijn 'uitvalsbasis' heeft:

- Een 'onafhankelijke instantie'.
- Een categoriale voorziening uit de drughulpverlening.
- Een niet-categoriale voorziening voor ouders.
- Een niet-categoriale voorziening voor kinderen.
- De bijeenkomsten vinden plaats in het algemeen ziekenhuis, maar iemand uit de drug-hulpverlening leidt de bijeenkomsten.

Belangrijk is daarenboven dat de bestaande evoluties en initiatieven in Vlaanderen rond netwerkvorming niet uit het oog verloren worden (bv. integrale jeugdhulpverlening, cliëntopvolging door middel van case management,…).

2.2.2 Informele samenwerking tussen voorzieningen

Tussen de verschillende voorzieningen, diensten en instanties wordt nu reeds veel samengewerkt, zowel op het vlak van (door-)verwijzing als betreffende informatie-uitwisseling omtrent een cliënt. Met informeel bedoelen we een vorm van samenwerking, die niet is vastgelegd in formele structuren.
In de interviews werd de vraag gesteld met welke andere voorzieningen en instanties men contacten heeft. Uiteraard hangen deze contacten sterk af van de plaatselijke situatie en worden ze beïnvloed door de hulpverlener van wie het interview werd afgenomen. Bovendien is dit ook sterk tijdsgebonden (bv. voorzieningen met wie men recent nog contact had, hebben een grotere kans om vermeld te worden). Toch kan uit de interviews een aantal tendensen afgeleid worden omtrent informele samenwerking tussen voorzieningen.

Momenteel zijn er reeds veel contacten tussen verschillende voorzieningen die betrokken zijn in de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. Een aantal voorzieningen in de regio Gent heeft een 'scharnierfunctie': In de niet-categoriale hulpverlening is dit onder meer de afdeling neonatologie van het algemeen ziekenhuis Jan Palfijn, Kind en Gezin (consultatiebureau's, Preventief Zorgcentrum), het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg/Jeugdrechtbank en het OCMW. Binnen de drughulpverlening is dit vooral het MSOC. Opvallend is dat er weinig contacten zijn met huis- en/of kinderartsen. Ook met de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) heeft men vanuit de hulpverlening weinig contact.
De residentiële voorzieningen hebben over het algemeen een groter aanbod binnen de eigen voorziening (bv. eigen huis- of kinderarts, eigen kinderopvang,…), zodat zij minder beroep doen op externe instanties en voorzieningen. Mede hierdoor hebben ze minder een 'draaischijf'-functie in het hulpverleningstraject van deze gezinnen.

2.2.3 Betrekken van en samenwerking met de omgeving

Als we kijken naar de contacten die vanuit voorzieningen met de omgeving van het gezin worden gelegd, zien we een duidelijke tweedeling tussen diensten die zich vooral naar het kind richten en diensten die zich vooral naar de ouder(s) richten. Kindgerichte, niet-categoriale voorzieningen geven duidelijk aan dat ze zo veel mogelijk de omgeving proberen te betrekken in de hulpverlening. Een uitzondering hierop vormt het Vertrouwencentrum Kindermishandeling dat omwille van ethische redenen zelden contacten legt met andere betrokkenen uit de omgeving van het gezin.
De volwassenengerichte voorzieningen (zowel in de drughulpverlening als in de niet-categoriale hulpverlening) vinden dit eveneens een belangrijk element, maar benadrukken dat dit enkel gebeurt als de cliënt (ouder) dit zelf wil of zelfs enkel als de cliënt hier zelf naar vraagt (een aantal voorzieningen brengt dit zelf niet ter sprake). Elke voorziening geeft aan dat de cliënt hier wel mee akkoord moet gaan.

Als men spreekt over de omgeving van het gezin, gaat dit meestal over de grootouders, de partner van de cliënt en de andere (biologische) ouder van het kind. De aard van de contacten is uiteenlopend en hangt meestal af van de werking van de voorziening. Grootouders of partner/vader kunnen op bezoek komen, het (geplaatste) kind kan in de voorziening op bezoek komen, de partner kan mee betrokken worden in (ouder-)gesprekken, men kan familietherapie organiseren, grootouders kunnen ingeschakeld worden voor de opvang van het kind , enz..

In residentiële voorzieningen stelt men meestal een aantal voorwaarden aan deze contacten. De eerste voorwaarde is dat de veiligheid van het kind gewaarborgd moet blijven. In sommige programma's geldt de bijkomende voorwaarde dat de vader de voorziening niet mag betreden indien hij een druggebruiker is of dat er geen contact mag zijn tussen het kind en eender welke andere druggebruikende persoon.
Eén voorziening geeft aan dat het niet steeds evident is om te kiezen tussen het belang van de moeder – die haar partner misschien beter loslaat – en het belang van het kind, voor wie de relatie met de vader heel belangrijk is. Weinig voorzieningen leggen contact met andere – geplaatste – kinderen van de ouder, tenzij de ouder dit zelf uitdrukkelijk vraagt.

2.3 Opvoedingsondersteunende methodieken

2.3.1 Inleiding

Drugverslaafde ouders kunnen problemen met betrekking tot het ouderschap ervaren en missen soms essentiële ouderlijke vaardigheden. Wanneer we spreken over een gebrek aan ouderschapsvaardigheden, kan men zich terecht de vraag stellen wat hiermee bedoeld wordt, welke vaardigheden afwezig zijn en welke wel aanwezig zijn. In de literatuur wordt hier niet veel over gezegd en de term ‘ouderschapsvaardigheden’ wordt zelden verduidelijkt.
Bavelok (1984 in: Camp & Finkelstein, 1997) identificeert vier ouderschapsdomeinen die in nauw verband staan met ouderlijk misbruik en verwaarlozing, namelijk onaangepaste verwachtingen, gebrek aan empathie ten aanzien van de noden van het kind, geloof in fysieke straf en omkering van de ouder-kindrol. Peterson et al. (1996) proberen een conceptualisering te geven (cf. Bijlage 5), waarbij gesteld wordt dat de verschillende interventies moeten ingrijpen op alle elementen die betrokken zijn bij ‘parenting’. Ook Davis (1990) geeft een aantal kenmerken, attitudes en eigenschappen die geassocieerd zijn met effectief ouderschap, zoals het zelfconcept van de ouder dat voortkomt uit zowel eigen kinderlijke ervaringen als uit de huidige opvoedingservaringen, attitudes van de moeder, de frustratietolerantie en de mate van hechting.
Uit al deze modellen blijkt alvast dat ook hierin heel wat verschillende factoren een rol spelen: kenmerken van het kind, de ouder en de omgeving. Het zelfconcept van de ouder is hierbij een niet te onderschatten factor (Nardi, 1998), wat zeker implicaties heeft naar hulpverlening toe.

Het gehanteerde **referentiekader** rond opvoeding is een belangrijk element om de opvoedingsondersteuning vorm te geven, om mee te bepalen welke factoren beïnvloed moeten worden, indien men op een adequate manier wil zoeken naar de meest geschikte opvoedingsondersteuning voor deze ouders. Daarenboven kan een dergelijk referentiekader ook een antwoord bieden op vragen als: Wat betekent opvoeding? Wat zijn hierin bepalende factoren? Hoe kijken we zelf naar opvoeding? Wat zijn de eigen waarden en normen? Gezien het relatief beperkte karakter van dit onderzoek kan hier niet verder op ingegaan worden, maar niettemin willen we het belang van het hanteren van een referentiekader als een achtergrond voor het vormgeven aan de opvoedingsondersteuning van deze ouders toch onderstrepen.
Niet alleen wordt zelden gedifferentieerd wat betreft ouderschapsvaardigheden zelf, maar bovendien bestaat weinig onderzoek dat differentieert naar de leeftijd van de kinderen[14].

Hier willen we nader ingaan op het microniveau en trachten we een antwoord te formuleren op de vraag: Hoe kan je drugverslaafde ouders ondersteunen in hun opvoedingstaken?
Vooreerst belichten we enkele methodieken die momenteel reeds gebruikt worden in de drughulpverlening, zowel in ambulante programma’s als in residentiële voorzieningen. Daarnaast kijken we naar andere sectoren binnen de hulpverlening waar dergelijke (thuisbegeleidings-)methodieken zijn uitgewerkt. Deze opsomming is zeker niet exhaustief. Het is dan ook interessant om verder na te gaan welke andere methodieken voorhanden zijn en wat hun toepasbaarheid en bruikbaarheid zijn binnen de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen.

[14] Een uitzondering hierop is het onderzoek van Catalano et al. (1999).

2.3.2 Binnen de drughulpverlening

- **Videohometraining (VHT)**

VHT – eerst bekend onder de naam ‘Orion project’ of ‘Orion methode’ – werd ontwikkeld in Nederland in de jaren tachtig (Jansen & Wels, 1998).

Uitgangspunten

De basis van VHT is de **communicatietheorie** (Dekker, 1991). Opvoedingsproblemen worden gezien als voortvloeiend uit de interactiepatronen in gezinnen. Men vertrekt steeds vanuit de visie: er is een gezin met problemen in het contact tussen ouders en kinderen. DE ouder-kind relatie wordt gezien als een basale betrokkenheid, geuit in het verlangen van ouders en kinderen om het goed met elkaar te hebben, bij elkaar te horen, te wonen en te blijven. Die wederzijdse betrokkenheid tussen ouders en kinderen wordt beschouwd als de motiverende kracht van VHT. Binnen de analyse van de video-opnames zelf wordt voornamelijk gefocust op contactinitiatieven van de kinderen, waardoor ouders attent gemaakt worden op wat hun kinderen zelf aangeven en waar zij als ouders te weinig of te negatief op reageren.
Naast de communicatietheorie hanteert men als tweede grote fundament van VHT een fundamenteel **positieve kijk** op het gezin en haar gezinsleden. Zo probeert men bij het bekijken van de gemaakte video-opnames steeds te zoeken naar dat deel van de interactie tussen gezinsleden dat nog intact is (Dekker, 1991). De algemene doelstelling van VHT is immers om ouders competenter, zelfbewuster en zelfstandiger te maken.

Doelgroep

Waar in het begin een aantal contra-indicaties voor deze methodiek werden aangegeven (zoals drugverslaving bij de ouder(s)), stelt men nu dat er weinig contra-indicaties zijn voor VHT, maar dat verschillende soorten problemen in gezinnen wel andere eisen stellen aan de VHT en de hometrainer (Dekker, 1991). Van Schot & van der Steege (1998) omschrijven de doelgroep van ‘Video Gezinsbehandeling’ als volgt:

- ernstige opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek
- verstoorde communicatie tussen ouders en kind(eren)
- indicatie uithuisplaatsing / opname kind(eren)

Werkwijze

Belangrijk is om in eerste instantie te stellen dat men in feite niet spreekt over de beelden zelf, maar dat men gaat spreken naar aanleiding van de beelden op basis van interactieprincipes. De videohometrainer is dus meer gericht op de **vorm** van communicatie dan op de inhoud (Jansen & Wels, 1998).
Na een eerste introductie bestaat de werkwijze van VHT er steeds in dat men na overleg met de ouder een alledaagse situatie (bv. eetsituatie) gedurende ongeveer tien minuten filmt. Dit gebeurt door de hometrainer die zich gedurende die periode niet bemoeit met de interactie, tenzij nauwelijks positieve interacties tussen gezinsleden ontstaan. In dergelijke gevallen probeert de hometrainer er voor te zorgen dat er alsnog positieve interacties ontstaan door participatie en modeling, omdat positieve interacties gezien worden als uitgangspunt voor verandering . De volgende keer dat de hometrainer in het gezin komt, worden de beelden – die vooraf door de hometrainer bekeken, geselecteerd en geanalyseerd zijn – samen met de

ouders en eventuele oudere kinderen bekeken. Nadruk hier ligt op de manier waarop de ouders de contactinitiatieven van hun kind(eren) in ontvangst nemen (= ontvangstbevestiging). Hierbij heeft men aandacht voor verschillende elementen (interactieprincipes) (Dekker, 1991):

- Lichaamstaal (non-verbale communicatie)
- Taalinbreng (de toon, het gebruik van positieve taal, het benoemen van acties, praten over onderwerpen)
- Beurtverdeling (iedereen moet evenveel aandacht krijgen, het evenwicht tussen een beurt geven en nemen)
- Positief leiding geven door de ouders

Het is belangrijk dat de hometrainer deze interactieprincipes zelf hanteert in de omgang met de gezinsleden en in die zin als model fungeert. De hometrainer kan ook informatie of feedback geven, bepaalde dingen samen doen of voorbeelden geven. In die zin is de persoon van de hometrainer een essentieel element binnen deze methodiek.
De focus van VHT ligt dus steeds op de ouder-kind interactie. Niettemin kunnen ook andere problemen aan bod komen, niet in het minst doordat die zichtbaar kunnen worden in de videobeelden (bv. een incestueus verleden bij één van de ouders). Belangrijk is dan om dit als hometrainer te benoemen en de ouder gericht door te verwijzen. Dit wijst mede op het belang van een goede samenwerking met andere voorzieningen en instanties die indien nodig ingeschakeld kunnen worden in de hulpverlening (Dekker, 1991).
Nadat de VHT werd afgerond, houdt de hulpverlener nog gedurende een vrij lange periode sporadisch contact met het gezin.

Gebiedsuitbreiding van VHT (van den Bogaart, 1998)

VHT wordt momenteel meer en meer aangewend binnen (semi-)residentiële voorzieningen. Enkele kenmerken van deze toepassing:

- De groepsleiding hanteert de interactieprincipes in de omgang met de jongeren
- Gemaakte video-opnamen worden gebruikt bij teambegeleiding en ouderbesprekingen over de omgang met het kind
- Ouderbegeleiding wordt gecombineerd met groepswerk.

Deze werkvorm wordt momenteel als *Video-InteractieBegeleiding (VIB)* benoemd. Ook van VIB werden reeds varianten ontwikkeld.
Een andere variant van VHT die systematisch ontwikkeld werd voor de semi-residentiële jeugdhulpverlening is *Leren Opvoeding met Video (LOV).* Deze variant is gebaseerd op de transactionele analyse (cf. Heijkoop, 1992).

Toepassing in de drughulpverlening

Als we naar de hulpverlening aan drugverslaafde ouders kijken, wordt VHT in een aantal voorzieningen gebruikt. In *Projekt 4* (Den Haag) wordt VHT door één van de pedagogisch medewerkers aangewend om ouders in hun opvoedingstaak te ondersteunen. Concreet wordt de ene week bij het bezoek van de pedagogisch medewerker aan de moeder en haar kind (in haar eigen huis) gefilmd en de volgende week wordt deze opname dan besproken. VHT wordt ook hier niet systematisch aangewend omdat slechts één pedagogisch medewerker voldoende onderlegd is in deze methodiek.
In het Hadok, het thuishulpproject in Den Haag, gebruikte men vroeger VHT. Nu hanteert men deze methodiek niet meer, omdat geen enkel teamlid nog voldoende onderlegd is in deze werkvorm. Men geeft trouwens aan dat men dit wegvallen van VHT niet als een gemis

beschouwt. Men stelt immers dat VHT beter en gemakkelijker binnen de residentiële hulpverlening kan aangewend worden[15]. Binnen een ambulante hulpverleningsetting zou VHT zelden aangewezen zijn, vooral omdat deze methodiek te bedreigend kan zijn voor ouders, de weerstand én de confrontatie (bv. het zichzelf onder invloed zien) kan te groot zijn[16]. Niettemin geeft men wel aan dat deze methodiek soms wél nuttig kan zijn, bv. om de ouder(s) ervan te overtuigen dat ze werkelijk iets goed kunnen of iets goed doen ten aanzien van hun kind(eren).

VHT en het gebruik van video wordt in de literatuur aangeprezen (cf. Hans et al., 1999; Pajulo et al., 1999).

In **Vlaanderen** wordt deze methodiek nog niet zoveel aangewend, maar er bestaat wel veel interesse voor. Zo wordt er volop mee geëxperimenteerd in Klemenswerk, een opvanghuis voor vrouwen en hun kind(eren) en bekijkt men in de Tipi, een residentiële opvang voor drugverslaafde moeders met kinderen, hoe men VHT binnen deze setting zou kunnen geïmplementeerd worden.

De methodiek van VHT wordt heel positief geëvalueerd, binnen verschillende settings en werkvelden (cf. van der Doef, 1998[17]; Weiner et al., 1994). Video biedt mogelijkheden om (letterlijk) afstand te nemen van de realiteit en die realiteit tegelijkertijd in beeld te krijgen. Zo krijgen zowel hulpverlener als cliënt zicht op wat er gebeurt en waar ondersteuning nodig is. Uiteraard kan deze methodiek ook heel confronterend zijn en moeten voldoende waarborgen ingebouwd worden om de privacy van de cliënten te bewaren.

- **Modeling**

Modeling is een methodiek waarbij een bepaald gedrag wordt getoond aan de ouder of waarbij iets samen wordt gedaan met de ouder.
Deze methodiek wordt vaak gehanteerd in de opvoedingsondersteuning naar drugverslaafde ouders toe. Modeling wordt in zowel kindgerichte voorzieningen en diensten (bv. Kind en Gezin, CKG's) als volwassenengerichte voorzieningen (bv. Klemenswerk) gebruikt; in zowel de drughulpverlening (bv. Tipi) en in de niet-categoriale hulpverlening (bv. Service- en Ontmoetingscentrum); in ambulante diensten (bv. CKG, Hadok) en residentiële voorzieningen (bv. Projekt 4, Kinderhotel Kattekwaad).
Naargelang de leeftijd van het kind en de mogelijkheden van de ouders zal modeling verschillen, zowel qua inhoud (welke vaardigheden worden getoond?) als qua intensiteit (hoe vaak voordoen of herhalen?). Voorbeelden zijn: het uitnodigen van een ouder op het moment dat het kind aan tafel gaat of gewassen wordt, voortonen hoe een gezonde, voedzame babyvoeding bereid kan worden, tonen hoe je kan spelen met een kind, … Belangrijk is dat zelden rechtstreeks geïntervenieerd wordt terwijl de moeder met haar kind bezig is.
Men kan niet ontkennen dat 'modeling' op zich een vrij 'arbitraire' aangelegenheid is. De invloed van de ervaringen, normen en waarden van de hulpverlener is groot en zelden wordt een duidelijk theoretisch kader gehanteerd omtrent de opvoeding en interactie tussen moeder en kind, hulpverlener en moeder en hulpverlener en kind.

[15] Dit is een wat vreemde opmerking, vooral gezien het feit dat VHT als methodiek ontwikkeld werd binnen en voor de ambulante hulpverlening.
[16] Lidwien van Dongen – persoonlijke communicatie, 8/11/00.
[17] Van der Doef (1998) beschrijft het introduceren van VHT binnen een dagbehandeling van kinderen waarbij men veel belang hecht aan een gezinsgerichte aanpak.

- **Rollenspel**

In verschillende programmabeschrijvingen wordt aangegeven dat men gebruik maakt van rollenspel, maar zelden wordt dit verder toegelicht. Uiteraard werd dit in andere sectoren meer beschreven, maar binnen de drughulpverlening werd nog niet gespecificeerd hoe deze methodiek kan ingevuld worden voor drugverslaafde ouders en hun kinderen .

- **Oudergroepen**

In de literatuur (cf. Juliana & Goodman, 1997; Leopold & Steffan, 1997; Schumacher et al., 1996) en in de interviews wordt een veelheid aan verschillende groepen beschreven waarin het thema 'opvoeding' of aanverwante elementen aan bod komen. Men gebruikt hiervoor verschillende namen . Deze groepen worden zowel in ambulante als residentiële programma's georganiseerd.
Zowel de invulling (thema's), de intensiteit (aantal keren per week en duur), het gewicht binnen het programma, als de methodische aanpak verschillende duidelijk.
Bij de meeste groepen geldt dat men in eerste instantie vertrekt vanuit de noden, vragen, wensen en behoefte van de deelnemers zelf. Wat houdt je momenteel bezig in de opvoeding van je kind? Waar weet je geen raad mee? Hoe kan je dit aanpakken? De begeleidster kan uiteraard zelf ook thema's of observaties aanbrengen. De **groepsdynamiek** waarbij ouders elkaar raad geven is hierin een belangrijk mechanisme.
In deze groepen komen **inhoudelijk** enerzijds opvoedkundige en praktische thema's omtrent het kind aan bod, zoals de ontwikkeling van het kind, voeding, hygiëne, gezondheid, spelen, speelgoed, het plannen van een bezoek van het kind aan de ouder, discipline en grenzen stellen, hechting tussen moeder en kind, communicatie, gedragsmanagement, … Anderzijds worden ook aanverwante thema's besproken, zoals schuld- en schaamtegevoelens ten aanzien van het kind, eigen kind- en jeugdervaringen, de relatie met de eigen ouders,… .
Naar **methodiekinvulling** toe, wordt vooral gefocust op spreken waarbij cliënten van elkaar én van de begeleider bepaalde feedback of adviezen kunnen krijgen. Daarnaast worden ook de bovenstaande methodieken van modeling en rollenspel gehanteerd. Verder wordt soms een spreker uitgenodigd of wordt samen een boek gelezen.
De **frequentie** van deze groepen is sterk verschillend: in de meeste programma's – zowel de residentiële als de ambulante programma's – is er wekelijks een dergelijke pedagogische oudergroep. In residentiële drughulpprogramma's voor moeders en kinderen is hier meestal meer ruimte voor en kan ook in andere groepen of op andere momenten meer gefocust worden op de opvoeding.
Wanneer meerdere oudergroepen per week gepland worden, worden de thema's ook meer uit elkaar getrokken en worden de groepen thematisch en ook methodisch een stuk specifieker. Zo beschrijven Camp & Finkelstein (1997) drie verschillende groepen: vooreerst de 'parenting skills group' (cf. infra); daarnaast de 'Child Development Group' waarbij gefocust wordt op de ontwikkelingsfasen, vaardigheden en mogelijkheden van een kind tussen 0 en 3 jaar. Tenslotte is er de 'Mother's Support Group' waarbij ouders onder elkaar hun dagelijkse ervaringen over het ouderschap uitwisselen en elkaar ondersteunen inzake de opvoedingsproblemen.

Dit is vergelijkbaar met de '**Relational Psychotherapy Mother's Group**' (RPMG) (Luthar & Suchman, 2000). Deze groep richt zich op heroïneverslaafde moeders met kinderen tot 16 jaar. Concreet wordt gedurende 24 weken een wekelijkse sessie georganiseerd naast de standaard methadonbehandeling.

Men hanteert een **theoretisch kader** waarbij men zich in de RPMG op drie brede niveaus richt die iemands individuele ontwikkeling beïnvloeden, namelijk elementen verwant aan het individu, de familie en de gemeenschap.
Op individueel niveau is er bij veel verslaafde moeders sprake van comorbiteit met andere psychiatrische stoornissen (vnl. depressie en angststoornissen), traumatische levensgebeurtenissen en posttraumatische stressstoornissen. Gezien het individueel welzijn van elke ouder een belangrijke voorwaarde is om de ouderschapsrol te kunnen opnemen, richt men zich in de helft van de 24 groepssessies expliciet op deze psychiatrische problemen (bv. rond omgaan met woede, depressie, laag zelfwaardegevoel, meervoudige levensstressoren) en gaat men in op schuldgevoelens bij de moeders ten aanzien van hun kind. Men richt zich dus niet expliciet op het druggebruik, omdat men ervan uitgaat dat druggebruik slechts één van de problemen is van deze vrouwen. Bovendien zijn de meeste van deze vrouwen reeds in behandeling bij een voorziening uit de drughulpverlening, waar de focus reeds sterk ligt op dit druggebruik.
Op familiaal niveau hebben veel ouders zelf ervaringen met disfunctioneel ouderschap in de eigen kindertijd. De helft van de 24 sessies wordt dan ook toegespitst op thema’s omtrent ouderschap, zoals het ontwikkelen van strategieën om gewelddadige conflicten te vermijden, alternatieven leren kennen voor fysieke straffen, leeftijdsadequate disciplinemethodes aanleren en het bevorderen van de ontwikkeling van een adequate en warme ouderschapsstijl. Bovendien richten de therapeuten zich op een aantal eigen opvoedingstaken die door deze moeders niet worden aangegaan en functioneren de therapeuten als rolmodellen van effectief ouderschap.
Op het niveau van de gemeenschap richt men zich voornamelijk op de stigmatisering van deze moeders door de maatschappij en door de hulpverlening.

De bovenstaande opvoedkundige aspecten laat men aan bod komen binnen de context van een ondersteunende psychotherapie. Als therapeut worden hierbij geleide exploratietechnieken gehanteerd om zo een inzichtbevorderende therapie te creëren.
Vanuit deze vaststellingen fundeert men deze methodiek vooral in de vorm van een **ondersteunende psychotherapeutische groepsbehandeling**, waarbij vrouwen elkaar kunnen ondersteunen, bij elkaar (h)erkenning kunnen vinden en waarbij het groepsaspect eveneens bijdraagt tot het ontwikkelen van interpersoonlijke vaardigheden. Men gaat in dat alles steeds uit van de basisveronderstelling dat veel verslaafde moeders – met adequate ondersteuning en begeleiding – zowel de wil als de capaciteit hebben om iets te halen uit empathische interventies.

Vier **kenmerken** van deze RMPG kunnen aangegeven worden:
- De therapeut neemt een ondersteunende houding aan (cf. empathie, acceptatie en echtheid).
- Een interpersoonlijke, relationele focus.
- Groepsbehandeling: enkel verslaafde moeders; open lidmaatschap (cf. chaotische levensstijl verslaafde cliënten); vrouwelijke therapeuten (een klinisch psychologe en een drugtherapeute van de methadonkliniek); semi-gestructureerde sessies, ondersteund door een handboek van Luthar, Suchman & Boltas.
- Men richt zich op het faciliteren van ouderschapsvaardigheden via exploratie- en inzicht-bevorderende niet-directieve technieken. Zo proberen de therapeuten het exploreren van de moeders te bevorderen en hen te leiden naar het ontwikkelen van optimale benaderingen. Concreet gebeurt dit door open discussie, specifieke rollenspelen en ‘brainstorming’-oefeningen.

Uit de studie van Luthar & Suchman (2000) blijkt dat oudergroepen uiteenlopende positieve resultaten hebben.

- **Ouderschapsklassen**

De ‘parenting classes’ zijn sterk verwant aan bovenstaande oudergroepen, maar gezien hun focus op ‘leren’, eerder dan op het uitwisselen en bediscussiëren van ervaringen en problemen, worden deze afzonderlijk behandeld.
Zoals reeds aangegeven beschrijven Camp & Finkelstein (1996) de ‘parenting skills group’. Deze groep is gebaseerd op het standaardcurriculum ‘The Nurturing Program for Parents of Children Birth to Five Years Old’ van S. J. Bavolek. Het programma duurt 23 weken, telkens twee en een half uur per week. In deze groep ligt vooreerst de nadruk op specifieke ouderschapsvaardigheden en –attitudes, waarbij men zich vooral richt op vier domeinen die gerelateerd zijn aan misbruik en verwaarlozing (Bavolek, cf. supra). Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan het verstrekken van informatie over de ontwikkeling van een kind en over bepaalde ouderschapsthema’s. Een derde focus richt zich op het ontwikkelen van vaardigheden, zoals communicatie, gedragmanagement, het ontwikkelen van aangepaste spelactiviteiten, waarden en normen. Methodieken zijn onder meer discussie, rollenspelen en verschillende oefeningen.
Een dergelijke ‘cursus’ werd eveneens ontwikkeld door Tymchuk (s.d.): Home Injury Prevention Program (dit is een onderdeel van ‘The UCLA Parent/Child Health & Wellness Project’). De meeste van dergelijke ‘ouderschapsklassen’ zijn gebaseerd op gedrags-therapeutische principes (Dawe et al., 2000).

Juliana & Goodman (1997) geven aan dat men in deze ‘parenting skills groups’ drie mogelijke **benaderingen** hanteert:

- Gedragsmanagement: gebaseerd op de concepten van gedragsmodeling en het bekrachtigen van gedrag.
- Relatietherapie: gebaseerd op de inzichten van Rogers en Axline. Ouders wordt geleerd om empathisch met hun kinderen om te gaan en in te zien dat kinderen hun gevoelens veel meer via gedrag uiten dan via woorden. Ouders leren luisteren naar hun kinderen en antwoorden met lichamelijke uitingen van warmte en zorg. Tenslotte wordt ouders ook geleerd hoe ze een veilige omgeving kunnen creëren, waarbij ze alternatieve manieren van omgaan met meervoudige stressoren aanleren.
- Theorie over de ontwikkeling van een kind: de ouders wordt geleerd adequate verwachtingen te stellen aan hun kind volgens het ontwikkelingsniveau. Doordat ouders het gedrag van hun kind zo beter leren begrijpen, kunnen de frustraties en onrealistische verwachtingen vermeden worden.

Ondanks het feit dat deze methodiek van ‘parenting classes’ in de literatuur veelvuldig wordt aangehaald, wordt deze methodiek in Vlaanderen zelden op een systematische en geformaliseerde wijze aangewend. Daarenboven worden in de literatuur ook enkele bedenkingen geplaatst bij deze methodiek. Zo stellen Klee & Jackson (1998):

> *“Classes in parenting are unlikely to be popular with this group since exposure will remain a concern for them and they could be demoralised by contact with women who do not face their problems and who are possibly more successful” (p. 77).*

Ook andere auteurs (Peterson et al., 1996; Whiteside-Mansell et al., 1999) stellen dat een louter didactische, educatieve benadering niet voldoende is. Een benadering gericht op moeder-kind activiteiten is dikwijls beter geschikt om een diep geworteld gedragspatroon te veranderen.

- **Begeleiding van moeder-kindactiviteiten**

Binnen verschillende programma's zijn er momenten voorzien waarop het samenzijn van moeder en kind begeleid wordt (Leopold & Steffan, 1997). De aard van deze activiteiten kan heel verschillend zijn, gaande van spelen, samen koken, een uitstap, huiswerkbegeleiding, enz. . De mate waarin en de wijze waarop geïntervenieerd wordt, is sterk afhankelijk van zowel begeleider als moeder en kind.

- **Speltherapie**

In bepaalde programma's wordt speltherapie aangewend, zowel met het kind alleen als met moeder en kind samen. Naar het kind toe heeft dit vooral een therapeutisch doel, met name het doorwerken van bepaalde trauma's bij het kind. Wanneer moeder en kind samen – onder begeleiding – spelen, kan dit zowel didactische (de moeder leren hoe ze met het kind kan spelen) als therapeutische doelstellingen hebben (conflicten, problematische gevoelens of ervaringen tussen moeder en kind doorwerken).

- **Individuele begeleiding**

Veel pedagogische ondersteuning van de ouders concentreert zich binnen individuele gesprekken. Uiteraard is de invulling hiervan wisselend, naargelang de problemen van de cliënt en haar kind én naargelang het programma. Zo gebeurt dit binnen het ene programma door de 'gewone' begeleidster van de cliënt, terwijl in andere programma's een aparte pedagogisch medewerker wordt toegewezen aan elke cliënte, die dan deze gesprekken en alles omtrent de opvoeding op zich neemt. Inhoudelijk wordt vooral gewerkt in de vorm van gesprekken, waarbij adviezen gegeven worden, veel geluisterd wordt, naar concrete oplossingen wordt gezocht, werkpunten en doelstellingen worden afgesproken, enz..
In deze gesprekken worden tevens bepaalde observaties die men heeft gedaan omtrent de omgang van de ouder met het kind besproken. Rechtstreeks interveniëren, terwijl de moeder bezig is met haar kind, wordt zelden gedaan en wordt soms zelfs ten stelligste afgeraden (onder meer om de autoriteit en het gezag van de ouder ten aanzien van het kind niet te ondermijnen). Het belang van een goede **vertrouwensrelatie** tussen begeleider en cliënt, waarbij er voldoende openheid is om ook moeilijke elementen en beperkingen te bespreken wordt sterk benadrukt.

- **Attitude**

Telkens opnieuw, zowel in de interviews, de literatuur (cf. Hans et al., 1999) als in de beschrijvingen van verschillende methodieken wordt aangegeven hoe belangrijk het is dat men steeds probeert te focussen op de positieve aspecten in het gedrag van zowel ouder als kind, eerder dan steeds te wijzen op de beperkingen en de knelpunten. Men moet steeds proberen in te spelen op de competentie van de ouders en de positieve aspecten van bepaalde gedragingen bij elk van de gezinsleden. Dit niet in het minst omdat deze ouders zelf weinig positieve rolmodellen hebben gezien (Hans et al., 1999).
Zoals gezegd wordt het belang van een open vertrouwensrelatie als een noodzakelijke voorwaarde aangegeven, opdat pedagogische begeleiding kans op slagen zou hebben.

- **Andere**

Eén programma laat de moeders enkele uren per week meehelpen in de **crèche** waar hun kind verblijft. Hier kunnen de moeders nieuwe vaardigheden leren en kunnen ze – door het helpen in groepen van kinderen van verschillende leeftijden – bepaalde verwachtingen omtrent de mogelijkheden van een kind op verschillende leeftijden bijstellen.
Verder wordt ook nog **babymassage** als methodiek vermeld.

2.3.3 Opvoedingsondersteunende methodieken buiten de drughulpverlening

Ook in andere sectoren is men reeds lang op zoek naar methodieken waarbij de ouders **thuis** in de opvoeding van hun kinderen ondersteund kunnen worden. Er zijn reeds verschillende thuishulpmethodieken ontwikkeld, voornamelijk binnen de jeugdhulpverlening. De methodieken verschillen wat betreft doelgroep (problematiek van de ouders, leeftijd van de kinderen, ernst van de gezinsproblematiek), intensiteit, doelstellingen, indicatiestelling en contra-indicaties, inhoudelijke focus, nodige deskundigheid en achtergrondvisie (gezins- of opvoedings-georiënteerd).
We bespreken hier vier methodieken die eventueel geïntegreerd kunnen worden binnen de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen. Het gaat hier dus niet om een exhaustief overzicht, zodat nader onderzoek – voornamelijk omtrent de toepasbaarheid van deze methodieken bij de populatie van drugverslaafde ouders en hun kinderen – noodzakelijk is.

Wanneer gesproken wordt over hometraining of pedagogische thuishulp gaat het dus niet om één bepaalde methodiek, maar over een **variatie** aan verschillende hometrainingsprogramma's (Hellinckx & Geeraert, 1998). Deze verscheidenheid komt reeds tot uiting in de verschillende namen, zoals hometraining, hulp aan huis, thuiszorg, intensieve gezinsbegeleiding, intensieve thuishulp, intensivering van de hulpverlening, praktisch-pedagogische thuishulp/gezinsbegeleiding (Baartman, 1991).
Hometraining is steeds een vorm van intensieve ambulante hulpverlening. Meestal gaat het om 'hometrainingsmethodieken' (thuiszorg, thuisbehandeling), waarbij het eerste doel steeds is om een (dreigende) uithuisplaatsing (alsnog) te vermijden en waarbij de begeleiding, behandeling of ondersteuning steeds in de thuissituatie plaats vindt. Kenmerkend is daarenboven dat de methodiek voornamelijk gericht is op de problemen die men bij de opvoeding ervaart. Men richt zich dus veel minder op andere problemen.

Baartman (1991) geeft een aantal overwegingen aan die geleid hebben tot de ontwikkeling van hometraining:
- Het niet voldoen door een groep gezinnen aan de condities (zoals reflectief vermogen) die bepaalde vormen van therapie stellen.
- De complexe problematiek van een bepaalde groep gezinnen.
- Toenemende onvrede met het effect van residentiële hulpverlening.
- Niet slagen in het voorkomen van uithuisplaatsingen van kinderen door andere vormen van ambulante hulp.
- De inefficiënte versnippering van hulp over meerdere hulpverleners en instanties ten behoeve soms van verschillende gezinsleden apart.
- Het voorkomen van duurdere en meer ingrijpende vormen van (semi-) residentiële hulp.

Deze argumenten zijn – naast het inhoudelijk aanbod vanuit deze methodieken – ook van toepassing op drugverslaafde ouders en hun kinderen. Vandaar dat het belangrijk is om verder in te gaan op enkele methodieken.

- **Families First – Intensivering hulpverlening**

Deze methodiek is bekend geworden onder verschillende namen, waaronder 'Intensivering Hulpverlening' (Coenegracht et al., 1991), 'Homebuilders', 'Crisishulp aan huis' en 'Families First'. We kozen voor de laatste benaming omdat dit de meest recente is en omdat dit ook de naam is die in Vlaanderen voor deze methodiek gebruikt wordt.

Doelgroep en visie

Deze methodiek richt zich op gezinnen, waarbij de hulpverlening volledig vastgelopen is en/of voor één of meerdere kinderen een uithuisplaatsing dreigt. Men probeert door een kortdurend, intensief hulpverleningsaanbod die dreigende uithuisplaatsing alsnog te voorkomen, zonder hierbij de veiligheid van het kind en andere gezinsleden uit het oog te verliezen (Jagers, 1998). Men gaat er steeds van uit dat geen enkel gezin hopeloos is en dat een crisis mogelijkheden tot verandering biedt.

Werkwijze

De duur van de hulpverlening bedraagt (meestal) vier weken (max. 6 weken) en start vierentwintig uur na de aanmelding. Men is op een intensieve manier bezig met het gezin, wat zich vertaalt in een aanwezigheid van 20 à 30 uur per week in het gezin en een permanente beschikbaarheid of bereikbaarheid van de hulpverlener voor het gezin. De hometrainer past zich volledig aan aan het dagritme, de agenda en de vragen van het gezin. Gezien de intensiteit van de hulpverlening is de caseload van één hulpverlener meestal beperkt tot één of twee gezinnen op hetzelfde moment.
De relatie tussen hulpverlener en cliënt wordt als hefboom gebruikt om veranderingen te realiseren in een vastgelopen gezinssysteem. Het is dan ook voortdurend balanceren tussen begeleiding, meegaan met het gezin en hulpverlening met de focus op problemen en verandering (Coenegracht et al., 1991). In de hulpverlening wordt zo veel mogelijk gefocust op het vergroten van het probleemoplossend vermogen van de gezinsleden (Jagers, 1998). De hometrainer biedt zowel therapeutische hulp als praktische en materiële hulp.
Deze methodiek is steeds aanvullende hulpverlening, waarbij de doelstelling voornamelijk is om het vastgelopen systeem en de vastgelopen hulpverlening opnieuw op gang te krijgen, veeleer dan het werkelijk volledig doorwerken van een aantal problemen zodat de hulpverlening kan afgesloten worden.

- **Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding/Thuishulp**

Praktisch-pedagogische gezinsbegeleiding/thuishulp is als methodiek ontstaan halfweg de jaren zeventig aan de afdeling Speciale Pedagogiek van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Uitgangspunten en werkwijze

Deze methodiek stoelt op vier grote pijlers:
- De hulp gebeurt thuis.
- De hometrainer is steeds een model (de ouders kijken, handelen en daarna wordt erover gesproken).
- De ouders blijven steeds verantwoordelijk voor de gezinssituatie.
- Elke bijeenkomst heeft een fasisch verloop:
  De eerste fase is de voorbereidende fase of het doelgesprek waarin de problemen besproken en geconcretiseerd worden.
  In de werkfase gaat men handelen, waarbij de hometrainer als model fungeert.
  In de derde, afsluitende fase (nagesprek) wordt het handelen besproken en zoekt men naar generalisatie.

Voorwaarden (de Goede, 1991)

De ouders moeten voldoen aan een aantal voorwaarden om op een redelijk succesvolle manier met PPT te starten: de ouders moeten de problemen zelf als problemen ervaren, er moet voldoende energie zijn om aan de problemen te werken, de ouders moeten enige scheiding in hun problemen kunnen aanbrengen en er moet ook enig realiteitsbesef aanwezig zijn. Bij dit laatste element wordt onmiddellijk aangegeven dat dit bij drugverslaafde ouders geen evidentie is.

- **Integrale Orthopedagogische Gezinsondersteuning** (IOG)

IOG is een methodiek die aangewend wordt in het kader van intensieve ambulante thuisbehandeling, meer bepaald binnen de projecten "Hulp aan Huis" (zie 2.2.1) (van Schot & van der Steege, 1998).
De **doelgroep** van IOG kan als volgt omschreven worden: Het gaat om gezinnen waarbij de draaglast niet alleen verzwaard wordt door ernstige opvoedingsproblemen, maar ook door problemen met betrekking tot het vormgeven van andere gezinstaken, zoals het huishouden, de verzorging, financiën, het maatschappelijk functioneren, de partnerrelatie, het individueel functioneren van ouder of kind. Het evenwicht tussen draaglast en draagkracht van het gezin is chronisch verstoord, waardoor het noodzakelijk is om naast de orthopedagogische interventies in te grijpen op de volle breedte van de problematiek. Men richt zich hier zowel op het verkleinen van de draaglast als op het vergroten van de draagkracht (Roosma, 2000).

Verschillende **theorieën** worden als achtergrond voor deze methodiek gehanteerd.
Vooreerst werkt men volgens de leertheorie, waarbij enerzijds principes uit de operante leertheorie worden gebruikt en aangeleerd aan de ouders en waarbij anderzijds ook de sociale leertheorie (observerend leren, imitatie, modeling) wordt aangewend.
Een tweede theorie die men gebruikt is de systeembenadering, waarbij men kijkt naar de verschillende subsystemen binnen het gezinssysteem en waarbij men zich ervan bewust is dat alle delen van het systeem en het systeem als geheel elkaar onderling sterk beïnvloeden.

Een derde theorie is de communicatietheorie. In de hulpverlening aan het gezin wordt veel aandacht besteed aan de manier waarop de communicatie verloopt. Het is belangrijk om steeds te kijken naar wat nog aan positieve communicatie in het gezin aanwezig is. Daarnaast wordt een aantal communicatieregels gehanteerd waarrond in de hulpverlening gewerkt wordt, zoals concreet in plaats van vaag praten, achterwege laten van ‘waarom’-vragen, voor jezelf en niet voor anderen praten, ….

IOG maakt gebruik van twee **methoden**, namelijk de Directieve Thuisbehandeling en de Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling.
In de *Directieve Thuisbehandeling* houdt de hometrainer de regie over hetgeen gaat gebeuren in het thuisbehandelingsproces zelf in handen. Door het stellen van gerichte vragen en het werken aan concrete doelen geeft de hometrainer sturing aan het hulpverleningsproces. Enerzijds richt de hometrainer er zich op om de hulpvraag te concretiseren en samen met het gezin te zoeken naar concrete oplossingen, waarbij opvoedingsproblemen centraal staan. Anderzijds zoekt de gezinsbegeleider naar positieve interacties binnen het gezin en het versterken ervan. Hierbij spelen principes van de basiscommunicatie een grote rol en wordt de video vaak als middel gebruikt om de interacties te bekijken en te bespreken (cf. VHT). Een cyclisch proces bestaande uit vier fasen (inventarisatie, analyse, interventie en evaluatie) vormen het behandelproces.

De kern van de *Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling* wordt gevormd door zes **balansen** (zie bijlage 6). Drie balansen in het functioneren geven op drie niveaus het evenwicht aan tussen draagkracht en draaglast:

1) Wat betreft het individueel functioneren van de gezinsleden kijkt men vooral naar de competenties van de gezinsleden en het kunnen uitvoeren van de noodzakelijke ontwikkelingstaken (draagkracht: vaardigheden, kennis, veerkracht, protectieve factoren; draaglast: ontwikkelingstaken, stressvolle gebeurtenissen en pathologie).
2) Het functioneren van het gezinssysteem verwijst vooral naar de mate waarin het gezinssysteem de machtsstructuren, relatiepatronen en onderlinge rolverdeling kan aanpassen aan zich wijzigende omstandigheden.
3) Functioneren van het systeem van gezin en hulpverlener: bij multi-problemgezinnen is er vaak sprake van een ‘problematische hulpverleningssituatie’, waarbij de hulpverlener veel machteloosheid ervaart doordat hij er niet in slaagt de ‘disfunctionele’ patronen – eigen aan het gezin – te veranderen (cf. Ghesquière, 1996).

De drie andere balansen – namelijk de balansen in relatievorming – geven het evenwicht aan tussen afstand en nabijheid op dezelfde drie niveaus:

4) De individuele relatievorming van gezinsleden: in deze gezinnen zijn er vaak aantrekkings- en afstotingsmechanismen tussen ouders en kind, waardoor soms destructieve gerechtigheid en een roulerende rekening ontstaan.
5) De relatiekant van het gezinssysteem: de cohesie van het gezin, de mate waarin de gezinsleden emotioneel aan elkaar gebonden zijn en de mate waarin elk gezinslid over autonomie beschikt (het continuüm tussen ‘kluwen-’ en ‘los zand-gezinnen’).
6) Relatievorming in het systeem van gezin en hulpverlener.

Bovenstaande theoretische en methodische achtergrond resulteert in volgende **uitgangs-punten** van IOG (van Schot & van der Steeg, 1998):

- De gezinshulpverlener heeft veel tijd voor het gezin gedurende een afgebakende periode.
- De gezinshulpverlener biedt hulp op de volle breedte – dat wil zeggen op alle gezinstaken – als dat in dienst van de opvoeding staat. Bovendien is de hulp tegemoetkomend, wat betekent dat deze zowel qua intensiteit als qua planning aansluit bij de wensen en de problematiek van het gezin.
- De gezinshulpverlener sluit aan bij de intentie dat ouders het beste met hun kinderen voor hebben. Er is sprake van hulpverlening waarbij ouders enigszins gemotiveerd moeten zijn om voor hun kinderen te zorgen.
- De gezinshulpverlener sluit aan bij wat goed gaat, de positieve krachten in het gezin worden benadrukt en niet zozeer wat beter kan.
- Samen met ouders worden haalbare doelstellingen voorop gesteld, die in kleine stapjes worden opgedeeld.
- De hulp is concreet en gericht op het oefenen en opdoen van positieve ervaringen.
- De veiligheid van de kinderen staat in alle gevallen voorop.
- Hulp aan Huis is het laatste vangnet voor uithuisplaatsing.
- De gezinshulpverleners worden intensief ondersteund en begeleid.
- De hulp is vasthoudend, de gezinshulpverlener blijft het gezin voor hulp motiveren.

Na de aanmelding wordt in de eerste zes weken vooral gewerkt rond het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen gezin en hulpverlener en wordt een eerste inventarisatie van de problemen gemaakt. In deze fase gaat men ook verschillende vragenlijsten afnemen en maakt men gebruik van een geformaliseerde checklist. In de behandelingsfase zelf wordt op de drie bovengenoemde niveaus (individueel, gezin en hulpverlening) aan de zes genoemde balansen gewerkt. In de afsluitingsfase tenslotte wordt de hulpverlening geleidelijk afgebouwd. Er wordt gezocht naar eventuele nodige vervolghulp en de vragenlijsten worden opnieuw afgenomen.

In IOG maakt men gebruik van een heel uiteenlopend gamma aan **methodieken.** Enkele voorbeelden: informatie en uitleg geven, psycho-educatie, oefenen van bepaalde vaardigheden, videohometraining, principes van de operante leertheorie uitleggen en inoefenen, overnemen en voor het gezin regelen, gespecialiseerde extra hulpverlening inschakelen, gebruik van videobanden zoals ‘Opvoeden zo!’, leren aanbrengen van een dagstructuur, grenzen leren stellen, versterken van het informele en formele netwerk, afspraken maken omtrent negatieve inmenging vanuit het sociale netwerk, meerzijdige partijdigheid, als gezin meer activiteiten ondernemen en meer gezellige momenten creëren, erkenning geven voor de wensen en behoeften van gezin, ouders én kinderen, omgaan met weerstand van het gezin, laten zien dat je als hulpverlener gelooft in het gezin, directief optreden indien nodig,…

- **Projekt aan Huis**

Dit project is een samenwerking tussen Triangel (Instituut voor Klinische Gezinsbehandeling), verschillende RIAGG’s en de Stichting Interculturele Jeugdzorg in Amsterdam. De **doelgroep** van dit project zijn voornamelijk ‘multi-problemgezinnen’.

Uitgangspunten

Algemeen wordt vooral gestreefd naar tegemoetkomende hulp: de hulp gebeurt thuis, waarbij men veel tijd neemt, aansluit bij de problemen die zich voordoen, bij de visie van het gezin hierop en bij de bestaande organisatie van het gezin (Breddels, 1996). Twee andere belangrijke kenmerken van deze methodiek zijn dat men probeert te werken aan àlle problemen (‘volle breedte’) en dat men als hulpverlener probeert deel te nemen aan het leven van alledag (‘meeleven’) (Garnier & van Vugt, 1991). De relatie tussen hulpverlener en gezin wordt dan ook beschouwd als een heel belangrijk element binnen deze methodiek.

Methodiek

Binnen de methodiek van Projekt aan Huis zijn twee processen te onderscheiden, die elk in verschillende fasen onderscheiden kunnen worden (Garnier & van Vugt, 1991).
In het ‘proces van verbeteren’ probeert men veranderingen in het gezin te bewerkstelligen, waardoor het gezin weer op eigen krachten of met de steun van andere hulpverleningsmethoden verder kan gaan. In de fase van de intake en indicatiestelling gaat men na of het gezin werkelijk voor deze methodiek in aanmerking komt. In de volgende fase sluit men met het gezin een overeenkomst waarbij men de problemen eenduidig tracht te taxeren en ook zoekt naar een overeenkomst met betrekking tot de werkwijze en wederzijdse verwachtingen. In de derde fase (die ten dele gelijk loopt met de vorige) probeert men de problemen aan te pakken, waarna men in de laatste fase naar een afronding zoekt.
De relatievorming hulpverlener – cliënt is een essentiële voorwaarde voor het in gang zetten van dit veranderingsproces. Gezien het in deze gezinnen vaak gaat om mensen die veel tekort gekomen zijn en zich vaak afgewezen hebben gevoeld, moet ook in het ‘proces van relatievorming’ gestreefd worden naar ‘tegemoetkomende hulp’, wat veel eisen stelt aan de hulpverlener.
Dit proces van relatievorming kan (idealiter) als volgt opgesplitst worden: een (vaak lange) kennismakingsfase met een behoedzaam optreden van de hulpverlener waarin langzaam gezocht wordt naar de problemen achter de eerste aanmeldingsproblematiek. In de fase van het vertrouwd raken voegt de hulpverlener zich in in de geschiedenis en stijl van het gezin, waarbij men zich eerst richt op de actuele problemen (bv. huishouden, financiën, huisvesting), wat het vertrouwen in de hulpverlener én in zichzelf opnieuw kan vergroten. In de fase van de samenwerking probeert men te werken naar veranderingen volgens de overeengekomen doelstellingen, werkwijzen en taakverdelingen. De laatste fase (‘uiteengaan’) wordt gekenmerkt door het langzaam loslaten, onder meer door de frequentie van de bezoeken te verminderen.
Via de verbondenheid met de RIAGG probeert men eveneens te werken aan de achterliggende problematiek van de verslaving.

- **Bedenkingen bij deze methodieken**

Bedenkingen

Een eerste bedenking richt zich op de volledigheid van deze beschrijving. Uiteraard bestaan nog heel wat methodieken die in andere sectoren gehanteerd worden en die hier niet beschreven werden[18]. Er zijn ook methodieken die zich richten op een oudere doelgroep, zoals het 'Gezinsproject' van Van Acker dat zich voornamelijk naar kinderen ouder dan 10 jaar richt en de methodiek 'hometraining en directieve therapie' die zich voornamelijk richt op gezinnen met kinderen ouder dan twaalf jaar (ontwikkeld door dr. A. Lange aan de Vrije Universiteit Amsterdam).
Omdat dit onderzoek zich voornamelijk richt op jonge kinderen gaan we hier niet verder in op deze methodieken, maar wellicht kan het zinvol zijn om te zoeken hoe deze methodiek gebruikt kan worden in het werk met gezinnen met jonge kinderen (cf. Arends, 1991; de Kemp & Van Acker, 1997a, b; Van Acker, 1991; Van Acker & de Kemp, 1997)[19].

Een tweede bedenking richt zich op de focus van deze methodieken. De meeste van deze hometrainingsmethodieken richten zich op opvoedingsproblemen en problemen in de ouder-kind relatie. In een aantal methodieken wordt aangehaald dat men ook rond andere problemen werkt (bv. relationele, praktische en financiële problemen,…). Meestal wordt aangegeven dat te veel problemen een goede uitwerking van een methodiek kunnen verhinderen. Vandaar dat men ook het belang benadrukt van een uitgebreid hulpverleningsnetwerk rond het gezin met veel samenwerking tussen verschillende voorzieningen. Bovendien wordt gesteld dat het niet aangewezen is dat de uitwerking van een dergelijke thuisbegeleidingsmethodiek door slechts één voorziening gebeurt. Ook hierbij is samenwerking aangewezen.
Een tweede voorwaarde die men meestal aangeeft om met een dergelijke hometrainingsmethodiek te kunnen werken is dat de ouders beschikbaar moeten zijn en de opvoedingsverantwoordelijkheid voor hun kind moeten aanvaarden. Dit is voor vele gezinnen wellicht niet altijd even evident. Voor ouders met een drugprobleem is dit op bepaalde momenten – wanneer de preoccupatie met een bepaald middel groot is – niet gemakkelijk om voldoende ruimte open te houden voor de kinderen. Dit is een niet onbelangrijk factor in het nadenken over de implementatie van een dergelijke methodiek binnen de hulpverlening.

In een derde bedenking willen we nogmaals benadrukken dat de persoon van de hometrainer een belangrijke factor vormt binnen de thuiszorg. Ook dit is een belangrijk gegeven waarmee men bij de implementatie van een dergelijke methodiek moet rekening mee houden.

Preventieve hometraining

Baartman (1998) houdt een pleidooi voor 'preventieve hometraining' waarbij men opvoedingsproblemen in risicogezinnen tracht te voorkomen. Belangrijkste elementen én kenmerken van dit type interventie zijn dat de interventie vroeg (=tijdens de zwangerschap) moet beginnen, multifocaal en intensief van aard moet zijn en moet uitgevoerd worden door professionals. Uit beperkt evaluatieonderzoek blijkt dat preventieve hometraining effectief kan zijn in jonge risicogezinnen met betrekking tot gezins- en opvoedingsproblemen.

[18] We willen hier vermelden dat het Centrum Ambulante Begeleiding in Gent (een centrum binnen de Bijzondere Jeugdbijstand) beschikt over een thuisbegeleidingsdienst en samenwerkt met onder meer vzw Jongerenhuis, vzw Stappen en vzw Hadron.
[19] We verwijzen ook naar de website van Prof. J. Van Acker: http://www.socsci.kun.nl/pwo/orthogg/acker

Daarnaast zijn er enige aanwijzingen dat de slaagkans groter is bij intensievere programma’s, dus programma’s met een brede focus en een lange duur.
Deze methodiek lijkt erg geschikt voor drugverslaafde ouders en hun kinderen. Vooreerst omdat benadrukt wordt dat de hulpverlening vroeg moet starten (liefst tijdens de eerste maanden van de zwangerschap). Daarnaast omdat men binnen de hulpverlening steeds probeert preventief in te grijpen, zodanig dat het niet meer nodig is om curatieve hulpverleningsvormen in te schakelen.

Aanbeveling

Wellicht zal het in de praktijk moeten gaan om een **combinatie** van opvoedingsondersteunende methodieken, gezien de verschillende methodieken zich op diverse aspecten van de opvoeding richten (bv. VHT richt zich vooral op de moeder-kind interactie, terwijl ouderschapsklassen vooral rond vaardigheden en kennisverhoging werken). Welke keuze men hierbij hanteert, is niet alleen afhankelijk van de setting waarin de opvoedingsondersteuning plaats vindt, maar moet ook mee evolueren met de noden en behoeften van zowel ouder als kind. Wellicht moet hier uitgegaan worden van een holistische benadering waarbij verschillende opvoedingsondersteunende methodieken worden gehanteerd die een continuüm vormen
Belangrijk is daarenboven om verder op zoek te gaan naar een gefundeerd **model** van opvoeding dat een adequaat kader biedt om de verschillende opvoedingsondersteunende interventies mee vorm te geven en van waaruit de eigen interventies en het gehanteerde opvoedingskader verder kunnen uitgebouwd worden.
We willen hier alvast aangeven dat het succes van VHT wellicht (mede) verklaard kan worden door de achtergrondvisie, waarbij vooral gezocht wordt naar intacte gebieden binnen het gezinsfunctioneren. Dit leidt ons ertoe te stellen dat het belangrijk is om binnen de hulpverlening te vertrekken vanuit de **competenties** van het gezin en haar gezinsleden (cf. Slot et al., 1998).

Hoofdstuk 3:
Knelpunten

In dit deel willen we een aantal knelpunten aangegeven die in de interviews werden aangehaald. Hoewel we deze knelpunten – omwille van de duidelijkheid –hebben opgesplitst, staat het buiten kijf dat deze knelpunten onderling sterk samenhangen en dus niet los van elkaar gezien kunnen worden. Uiteraard betreft dit geen exhaustieve opsomming van alle knelpunten bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen.

3.1 Wat betreft de doelgroep

Vanuit de niet-categoriale hulpverlening worden heel wat elementen aangehaald, die als ‘karakteristieken’ van deze doelgroep gezien kunnen worden:
Hulpverleners hebben het soms moeilijk als ze zien dat drugverslaafde ouders hun kind precies lijken te **verwerpen,** zeker in periodes van ernstig gebruik . De meeste hulpverleners erkennen wel dat deze ouders hun kind graag zien en dat er vaak wel een grote betrokkenheid is.
Instabiliteit en herval is eigen aan de doelgroep en wordt door hulpverleners eveneens als moeilijk ervaren. Vaak voelt men dit aan als ‘vechten tegen de bierkaai’.
Bijna alle hulpverleners erkennen dat het maken en nakomen van **afspraken** niet gemakkelijk is bij deze doelgroep, wat het werken met deze ouders en hun kinderen bemoeilijkt. Een aantal van deze ouders verhuist dikwijls, waardoor men hen vlug uit het vizier verliest. Bovendien is deze populatie vaak **wantrouwig** ten aanzien van hulpverleners en heel gevoelig voor kritiek, waardoor men als hulpverlener extra voorzichtig moet zijn en ook vaak lang moet bouwen aan een zekere vertrouwensrelatie.
Eigen aan deze doelgroep – maar daarom niet minder moeilijk voor hulpverleners – is dat deze ouders vaak ‘**liegen**’ in de ogen van hulpverleners of hun kinderen gebruiken om bepaalde privileges af te dwingen binnen de voorziening . Ook de opvliegendheid wordt soms als heel moeilijk ervaren. Aansluitend stelt men dat deze cliënten vaak een lage frustratiedrempel hebben.
Dit alles wordt nog bemoeilijkt doordat ouders soms zelf weinig **probleeminzicht** hebben en vaak op hun initiatiefname moet gewacht worden. Hulpverleners krijgen bovendien soms de indruk dat de ouders verwachten dat anderen hun problemen zullen oplossen. **Financiële problemen** en het besteden van al het geld aan het druggebruik worden als belangrijke drempels en moeilijkheden ervaren.

Het omgaan met andere **opvoedingsnormen** en de andere leefwereld van deze ouders is niet steeds evident. Tenslotte wordt aangegeven dat een hulpverlener soms wordt uitgespeeld in conflicten binnen het netwerk van de cliënt.

3.2 Wat betreft de hulpverleners

We gaan hier kort in op de problemen die hulpverleners ervaren in hun werk met drugverslaafde ouders en hun kinderen. De eerste drie elementen treffen we vooral aan bij hulpverleners uit niet-categoriale kindgerichte voorzieningen. Het vierde thema komt bij nagenoeg alle hulpverleners voor.

- **Machteloosheid en angst**

Vooreerst heeft men veel gevoelens van **machteloosheid, ongerustheid en angst**: Wie neemt het over van ons als wij er niet meer bij betrokken zijn? Wat moeten we doen als er niet echt 'bewijzen' zijn dat het kind niet goed verzorgd wordt? Dit hangt wellicht samen met een gebrek aan kennis, waarbij men het gevoel heeft geen zicht te krijgen in welke mate drugverslaafde ouders werkelijk voor hun kind kunnen zorgen en in hoeverre ze te vertrouwen zijn (bv. hun kind in veiligheid brengen als ze gebruiken). Centraal staat hier steeds opnieuw de vraag: Wanneer moet ik ingrijpen? Hoe ver kun je gaan zonder risico voor het kind? En dan de hieraan gekoppelde vraag: Wanneer heb ik meldingsplicht? Dit alles hangt uiteraard samen met het gevoel bij een aantal hulpverleners dat ze moeten kiezen tussen het belang van het kind en het belang van de ouder.
Ook wordt vermeld dat het niet leuk is om als hulpverlener een **'controlerende' functie** te moeten vervullen ten aanzien van de ouder. Het wordt dan immers moeilijk om het evenwicht te vinden tussen het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het uitoefenen van een zekere controle op het kind.

- **Beschermingsreflex**

Bij hulpverleners in kindgerichte niet-categoriale voorzieningen is de **beschermingsreflex** ten aanzien van het kind en een autoritaire opstelling met een vrij negatief, normerend denken vaak duidelijker aanwezig ten aanzien van drugverslaafde ouders in vergelijking met andere gezinnen waar geen verslavingsproblematiek aanwezig is. Hierdoor kan een heel negatieve visie op de ouders ontstaan, krijgen ze minder kansen, wordt er vaak gedacht in termen van voorwaarden en bescherming en wordt er weinig creatief gedacht of gewerkt. Deze negatieve kijk hangt samen met de **bezorgdheid om het kind**, maar ook met een gebrek aan vertrouwen tegenover de ouders en vanuit de idee dat druggebruik niet samengaat met het opnemen van een moederrol.
Deze vooroordelen van hulpverleners uit de kindgerichte niet-categoriale voorzieningen soms leiden tot beschuldigingen aan het adres van de drughulpverlening. Wellicht wordt dit alles (mede) veroorzaakt door een gebrek aan kennis over (het omgaan met) drugproblemen en drugverslaafde ouders en hun kinderen .
Het is opvallend dat deze **stigmatisering en negatieve kijk** op druggebruikende ouders vaak in de literatuur wordt aangehaald (cf. Klee & Jackson, 1998), maar in de interviews zelf werd dit zelden aangehaald als een barrière naar de hulpverlening . Binnen de drughulpverlening bestaat over het algemeen een meer positieve kijk naar druggebruikende ouders toe, dan binnen de kindgerichte niet-categoriale voorzieningen.

- **Druk van de publieke opinie**

De **druk vanuit de publieke opinie** wordt als heel moeilijk ervaren. Als de burende baby bv. vaak horen huilen, krijg je als hulpverlener soms snel de reactie: “Hoe kan je dit laten gebeuren?”. Daarnaast is het ook niet steeds evident om om te gaan met **kritiek op de eigen werking.**

- **Waarden en normen met betrekking tot opvoeding – ethische vragen**

Een laatste belangrijke moeilijkheid die wordt aangegeven is de vraag welk **waarden- en normenkader** een hulpverlener omtrent opvoeding moet hanteren. Dit wordt nog bemoeilijkt wanneer de ouder een andere **culturele achtergrond** heeft.
Ook op andere momenten moeten soms moeilijke **ethische vragen** beantwoord worden, bv. omtrent abortus of de vraag of het voor het kind goed is als het contact met zijn ouder(s) opnieuw wordt opgestart, terwijl de kans bestaat dat het contact na enige tijd weer verbroken wordt omwille van herval van de ouder.
Deze ethische vragen worden door de meeste hulpverleners gesteld, ook door mensen uit de drughulpverlening.

3.3 Wat betreft deskundigheid

Voorzieningen hebben uiteenlopende meningen omtrent de mate waarin ze zichzelf als voldoende deskundig beschouwen. Opvallend is dat in de drughulpverlening aangegeven wordt dat men een **gebrek aan kennis en deskundigheid** heeft omtrent jonge kinderen en opvoeding, terwijl kindgerichte voorzieningen vooral gebrek aan kennis omtrent druggebruik, -verslaving en de effecten van druggebruik voor het kind aangeven.

3.4 Wat betreft samenwerking met andere voorzieningen en instanties

Een aantal voorzieningen is globaal vrij tevreden over de samenwerking met andere voorzieningen, maar toch worden verschillende moeilijkheden en knelpunten aangegeven.

- **Comité voor Bijzondere Jeugdzorg**

Verschillende hulpverleners geven veel kritiek op het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg. Een eerste kritiek is gericht op de moeilijkheid om via het Comité **preventief** in te grijpen op een bepaalde situatie. Zo krijgt men als hulpverlener het gevoel dat de verantwoordelijkheid voor de hulpverlening aan het gezin niet gedeeld wordt. Veel heeft te maken met het feit dat het Comité weinig of niet zou inspelen op de geuite bezorgdheid of vraag van een hulpverlener. Dit creëert gevoelens van onmacht en machteloosheid, niet in het minst omdat het Comité één van de weinige instanties is die een zekere **dwang** kan uitoefenen.
Anderzijds stelt men dat, àls het Comité ingrijpt, er soms tot een te indringende of **ingrijpende maatregel** wordt overgegaan (bv. uithuisplaatsing van het kind terwijl dit niet noodzakelijk is). In die zin stelt één drughulpverlener dat het Comité te veel op veiligheid speelt en te vlug kiest voor een langdurige plaatsing van het kind.

- **Beroepsgeheim**

Een probleem dat door verschillende – voornamelijk kindgerichte niet-categoriale – voorzieningen wordt aangegeven is het **beroepsgeheim** waar vooral voorzieningen binnen de drughulpverlening zich op beroepen. Essentiële informatie zou op die manier niet uitgewisseld worden. Dit wordt gemotiveerd vanuit het feit dat men de **vertrouwensband** tussen hulpverlener en ouders niet wil schaden. Doordat niet alle informatie wordt doorgespeeld, wordt soms onnodige ongerustheid gecreëerd bij andere hulpverleners of gebeuren soms onnodig zware interventies ten aanzien van het gezin.
Een tweede reden waarom dit beroepsgeheim vaak strikt wordt gehanteerd is dat men er niet van overtuigd is dat de informatie die wordt doorgegeven door iedereen binnen de hulpverlening op de juiste manier kan worden geïnterpreteerd. Concreet vreest men dat wanneer wordt aangegeven dat de ouders ‘problematisch druggebruikers’ zijn, kindgerichte voorzieningen onmiddellijk een procedure in gang zullen zetten om het kind te plaatsen.

- **Gebrek aan samenwerking en coördinatie**

Een gebrek aan **samenwerking**, aan eenduidige en heldere **communicatie** tussen voorzieningen en een gebrek aan coördinatie van de hulpverlening wordt door verschillende hulpverleners aangegeven als een moeilijk probleem. Bij de meeste gezinnen gaat het immers om een complexe problematiek met een kluwen van problemen, wat een intense en omvattende hulpverlening vereist. Toch is die hulpverlening weinig georganiseerd en gecoördineerd. Dit zorgt ervoor dat het ontbreekt aan een eenduidige **visie** omtrent een goede ‘**taakverdeling**’ binnen de hulpverlening, waardoor de ondersteuning van deze gezinnen helemaal niet georganiseerd verloopt. Dit veroorzaakt op zijn beurt opnieuw heel wat onzekerheid, zowel bij cliënten als bij de betrokken hulpverleners.
Bovendien worden heel wat **problemen** aangegeven die veroorzaakt worden door het gebrek aan samenwerking en coördinatie, zoals bepaalde diensten die te laat in actie komen of op het verkeerde moment, hulpverleners die een bepaalde voorziening soms – zonder medeweten van de betrokken instantie – aankondigen als ‘controlerende instantie’, wat het werken voor deze voorziening heel moeilijk maakt, …
Soms verloopt de samenwerking moeilijk vanuit negatieve **ervaringen** die bepaalde voorzieningen hebben opgedaan in het werken met drugverslaafde ouders en hun kinderen. Dit zorgt ervoor dat men een eerder negatieve visie heeft tegenover deze doelgroep, wat vaak een moeilijk gegeven is bij de samenwerking met volwassenengerichte voorzieningen, die opkomen voor het belang van de ouder.
Residentiële voorzieningen werken over het algemeen te veel op zichzelf. Tijdens de opname is er bijna geen enkele vorm van samenwerking of contact met andere diensten meer.
De moeilijke samenwerking met **probatiediensten** wordt eveneens aangehaald: hier komt de hulpverlening tegenover een justitiële benadering te staan. Hoe kan je hier bv. op een goede manier met beroepsgeheim omgaan?
Tenslotte wordt ook vermeld dat er soms heel wat **concurrentie** is tussen voorzieningen, wat bv. doorverwijzen niet steeds even gemakkelijk maakt…

- **Uiteenlopende visies**

Een aantal van de voornoemde problemen hangen samen met verschillende visies binnen voorzieningen op de hulpverlening aan deze doelgroep. Deze visie heeft heel wat weerslag op allerlei aspecten van de hulpverlening en het verschil in visie wordt duidelijk door uiteenlopende antwoorden op volgende **vragen**:

- Hoeveel kansen moet je hen geven, wanneer moet je ingrijpen?
- Wat betekent 'het belang van het kind'? (cf. Breddels, 1996)
- Wanneer mag een kind terug bij zijn gezin gaan wonen?
- Wat is het belang van het samenzijn tussen moeder en kind?
- Welke eisen mogen gesteld worden aan de ouders? Stellen we geen hogere eisen aan drugverslaafde ouders in vergelijking met de gestelde eisen aan andere cliënten?
- In hoeverre moet het principe van vrijwilligheid nagestreefd worden? Ook als de ouders geen hulpvraag hebben?
- Wat als ouders een bepaalde belofte (bv. om een voorziening regelmatig te bezoeken) niet nakomen? Wie behoudt de controlefunctie? Hoe kan men dit opvolgen?
- Wie neemt het initiatief tot samenwerking tussen voorzieningen?
- Wanneer is de behandeling van een ouder voltooid? Wie mag hierover (mee-) beslissen?
- Wordt soms niet te veel op korte termijn gedacht? Wat gebeurt er als een kind na een bepaalde periode in een voorziening, plots voor enkele dagen of een langere periode terugkeert in het gezin?

Door dit **verschil in visies** worden soms bepaalde interventies vanuit voorzieningen naar andere diensten niet opgevolgd of niet ernstig genomen worden, bv. een melding van vermoeden van mishandeling of verwaarlozing. Dit kan leiden tot kwaadheid en machteloosheid bij hulpverleners creëren.

3.5 Wat betreft het hulpverleningssysteem

- **Comité voor Bijzondere Jeugdzorg**

Zoals reeds gezegd heerst heel wat ongenoegen omtrent het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg: de niet-categoriale voorzieningen zien deze instantie als de enige met een zekere dwingende macht, maar veel hulpverleners constateren dat het Comité niet ingrijpt, terwijl zij menen dat ingrijpen nodig is. De genomen maatregelen zouden anderzijds vaak té indringend of te ingrijpend zijn.

Hieraan gekoppeld is de kritiek dat het hulpverleningsaanbod en in het bijzonder het aanbod binnen de Bijzondere Jeugdbijstand voor deze ouders te **hoogdrempelig** is. Voor ouders is het immers vaak niet evident om de weg naar de Bijzondere Jeugdzorg te vinden, niet alleen omwille van de onbekendheid met de hulpverlening, maar ook omwille van de angst voor stigmatisering. Concreet vormt vooral het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg voor veel ouders een te hoge drempel.
Bovendien hebben deze ouders soms geen concrete **hulpvraag**, wat als noodzakelijk gezien wordt voor het opstarten van een hulpverleningsproces.

- **Bureaucratie**

De weg doorheen verschillende instanties en de administratieve en juridische molen waar men doorheen moet om een bepaalde beslissing te kunnen afdwingen, wordt als een belangrijke drempel ervaren. Bureaucratie, de traagheid waarmee bepaalde diensten en voorzieningen werken (bv. een 'maatregel bij hoogdringendheid' ingediend bij de Jeugdrechtbank is een week nadien nog steeds niet uitgesproken…), wachtlijsten, bepaalde intakevoorwaarden in voorzieningen, … zijn stuk voor stuk belangrijke drempels om een efficiënte, goedwerkende en gecoördineerde hulpverlening te creëren.

- **Te beperkt of niet afgestemd aanbod**

- Het aanbod voor jonge kinderen binnen de Bijzondere Jeugdbijstand zou te klein zijn, waardoor het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg deze gezinnen terug oriënteert naar de niet-categoriale voorzieningen.
- Er zou te weinig residentiële opvang zijn voor moeders samen met hun kind.
- Er zou een belangrijk hiaat zijn met betrekking tot de ambulante pedagogische thuiszorg.
- De afbouw van het aantal residentiële plaatsen voor kinderen zou geen goede evolutie zijn. De werkvorm wordt soms te weinig afgewogen aan de ernst van de problematiek, terwijl plaatsing soms een preventieve werking kan hebben[20].
- De vraag stelt zich of er geen groter aanbod moet komen waar drugverslaafde vaders en/of koppels samen met hun kind(eren) kunnen worden opgenomen.
- Door een gebrek aan infrastructuur en ruimte is men soms heel beperkt in het uitwerken van een ouder-kindprogramma. Vele voorzieningen kampen ook met een belangrijk gebrek aan financiële middelen en/of omkadering.
- Bepaalde voorzieningen kunnen soms moeilijk ingeschakeld worden omdat ze – ondanks hun opdracht en werking – in concreto weinig echte band hebben met het kind (bv. Centra voor Leerlingenbegeleiding).
- Sommige ouders kunnen niet genieten van een bepaalde bijkomende ondersteuning omdat ze er geen financiële ruimte voor hebben en het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg niet extra wil tussenkomen.

3.6 Wat betreft de uitwerking van de programma's

Ook inhoudelijk worden bedenkingen gemaakt bij de bestaande programma's: Vooreerst bestaan momenteel relatief weinig initiatieven voor de **pedagogische ondersteuning** van deze ouders. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door een gebrek aan middelen, personeel en/of infrastructuur, maar ook door het gebrek aan bekendheid van deze opvoedingsondersteunende methodieken . Niettemin is de interesse hiervoor groot en wordt dit – zowel in de niet-categoriale als in de categoriale hulpverlening – als een duidelijk nood aangevoeld.

Samenhangend met bovenstaande nood stelt men zich in residentiële programma's de vraag in hoeverre men de moeders het bestaande programma van de Therapeutische Gemeenschap

[20] Zeker niet alle hulpverleners gaan met deze stelling akkoord. Sommige hulpverleners menen dat juist een ambulante werkvorm bij deze doelgroep het meest aangewezen is.

moet laten volgen of een **eigen programma** moet uitbouwen waarin meer plaats is voor specifieke noden van vrouwen én moeders.

Ook naar de **kinderen** toe stelt zich de vraag in welke mate men binnen de bestaande (residentiële of ambulante) programma's een gespecialiseerde begeleiding moet opzetten en een apart programma voor hen moet organiseren. Hieraan gekoppeld kan de vraag gesteld worden of gezocht moet worden naar **gespecialiseerde kinderopvang** (cf. De Woezel).

Verschillende hulpverleners geven aan dat er nood is aan meer aandacht voor **psychiatrische problemen** bij moeder en kind binnen de bestaande voorzieningen en initiatieven.
Bepaalde programma's en voorzieningen blijken voor drugverslaafde ouders zeer hoogdrempelig . Het is dan ook niet gemakkelijk om deze doelgroep te bereiken. Veelal wordt de zwangerschap bij drugverslaafde vrouwen pas laat opgemerkt. Vanuit deze vaststellingen kan gesteld worden dat er enerzijds nood is aan meer **laagdrempelige** programma's die meer 'outreachend' en tegemoetkomend werken. Anderzijds blijft ook een duidelijke nood bestaan aan vroege **prenatale** begeleiding.

3.7 Vier tweedelingen

Binnen de voorzieningen en instanties die momenteel betrokken zijn bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen zien we vier tweedelingen ontstaan.
Het eerste en meest duidelijk onderscheid is de tweedeling tussen **niet-categoriale** en **categoriale** hulpverlening. Uit bovenstaande elementen blijkt duidelijk dat hier heel wat verschillen zijn in visie, aanpak, doelstellingen en hulpverleningsaanbod. Dit zorgt voor een vaak versnipperde hulpverlening vanuit verschillende sectoren waarbij de samenwerking tussen deze voorzieningen niet steeds van een leien dakje loopt.

Deze tweedeling loopt vrij gelijk[21] met de tweede tweedeling, namelijk het onderscheid tussen **kindgerichte** en **volwassenengerichte** voorzieningen. In de benadering gericht op de ouders worden kinderen als een positieve motivationele 'kracht' in het leven van de ouder gezien. De hulpverlening is erop gericht problemen in het gezin op te lossen en de ouder in staat te stellen meer vertrouwen en zelfrespect te krijgen, om zo in een goede opvoeding voor het kind te kunnen voorzien. Samenblijven van moeder en kind is dan ook heel belangrijk.
In de kindgerichte benadering is men vooral gericht op de consequenties van het druggebruik van de ouder op het kind en komt men op voor de belangen van het kind.
Momenteel veroorzaakt deze dualiteit nog heel wat problemen om effectief samen te werken en een gemeenschappelijke hulpverleningsaanpak te ontwikkelen; wantrouwen en wederzijds onbegrip zijn nog vaak aanwezig. Toch lijkt het niet uitgesloten om deze twee aanpakken te combineren of op zijn minst dichter bij elkaar te brengen.

Uiteraard bestaat een onderscheid tussen **ambulante** en **residentiële** voorzieningen. Niet alleen qua werking, maar ook qua visie zijn deze voorzieningen soms erg verschillend. Het is niet steeds duidelijk binnen de hulpverlening waarom het ene gezin binnen een ambulante werking terechtkomt en de andere cliënt binnen een residentiële voorziening. Ondanks het feit dat bepaalde voorzieningen beide werkvormen integreren en dat de meeste residentiële

[21] De keuze van de voorzieningen heeft er voor gezorgd dat deze beide tweedelingen vrij gelijklopend zijn. De volwassenengerichte voorzieningen in de niet-categoriale hulpverlening staan over het algemeen wél vrij positief staan ten aanzien van deze ouders.

voorzieningen een belangrijk aanbod aan (ambulante) nazorg hebben, wordt weinig samengewerkt tussen beiden.
Een laatste tweedeling die ietwat los staat van de vorige drie is het onderscheid tussen een **micro** en een **macro**benadering. Deze discussie betreft vooral de richting waarnaar men in de toekomst moet evolueren: moet men de bestaande initiatieven beter gaan omkaderen, gaan verbeteren door bv. het verder uitbouwen van opvoedingsondersteunende methodieken en initiatieven (microniveau)? Of moet men zich vooral richten op het uitbouwen van formele samenwerking en coördinatie tussen de verschillende voorzieningen die met deze doelgroep in contact komen (macroniveau)? Wellicht gaat het niet om of … of, maar om en … en!

Hoofdstuk 4:
Aanbevelingen en besluit

In dit laatste deel willen we niet alleen een aantal conclusies trekken op basis van bovenstaand onderzoeksmateriaal, maar willen we ook enkele aanbevelingen doen als antwoord op de voornoemde knelpunten. Deze aanbevelingen worden gegroepeerd in zeven items, maar uiteraard kunnen ze niet los van elkaar gezien worden en zullen deze moeten vorm krijgen afhankelijk van de specifieke plaatselijke situatie en aanbod.

4.1 Visie op drugverslaafde ouders

Verschillende hulpverleners hebben het vaak heel moeilijk wanneer een drugverslaafde cliënt kinderen blijkt te hebben. Een negatieve visie en een grote beschermingsreflex ten aanzien van het kind kunnen hier een gevolg van zijn. Een dergelijke vaak diepgewortelde visie valt uiteraard niet zo maar om te keren. Toch is het essentieel dat hulpverleners, om op een doeltreffende wijze te kunnen bouwen aan een goede vertrouwensband met drugverslaafde ouders en hun kinderen, vertrekken van een fundamenteel **positieve visie** op deze cliënten. Een basisvertrouwen in de goede bedoelingen én de mogelijkheden van deze cliënt is belangrijk, zonder hierbij natuurlijk een kritische blik op de veiligheid van het kind te verliezen.

> *“A golden rule in the treatment of these families should be to enable them to retake control of their lives. To that end they should be able to take up their responsibilities: for themselves, for each other and to society” (Sproet & Vos, 1996, p. 9).*

Het leren omgaan met de eigen **weerstand** of inzicht krijgen in de eigen **gevoelens** van kwaadheid naar de moeder toe omdat ze haar kind mogelijk verwaarloost, is hierbij heel belangrijk, zeker omdat deze gevoelens het professionele handelen eigenlijk niet mogen beïnvloeden (Zuckerman, 1994).
Het ontwikkelen van een dergelijke positieve visie en het omgaan met moeilijke gevoelens naar deze ouders toe, kan bevorderd worden door meer **kennis** over de achtergrond van deze ouders, getuigenissen van verslaafde moeders, **supervisie** of overleg met andere voorzieningen (**intervisie**).

Het is belangrijk dat voorzieningen zich buigen over bepaalde elementen in hun visie op deze ouders en hun kinderen, zoals over de vraag of aan deze ouders geen onrealistische **verwachtingen** of **eisen** gesteld worden. Welke eisen en verwachtingen mogen we stellen? Welke **normen** en **waarden** worden gehanteerd in de hulpverlening aan deze ouders? Welke normen en waarden conflicteren met de waarden en normen die de cliënt hanteert omtrent de opvoeding van zijn kind? Ook rond dergelijke vragen kan intern overleg of overleg met hulpverleners uit andere voorzieningen en sectoren heel bevruchtend werken.

Een belangrijke vraag – die nauw verbonden is met bovenstaande elementen – is de vraag of **criteria** moeten opgesteld worden waarnaar gerefereerd kan worden om al dan niet bepaalde maatregelen te nemen om het kind te beveiligen (bv. plaatsing). Criteria hebben op zich uiteraard het voordeel dat ze **duidelijkheid** scheppen voor hulpverleners én ouders (Breddels, 1996). Dit kan ook leiden tot minder ‘arbitraire’ ingrepen in de gezinssituatie door hulpverleners of instanties.

Toch kan hier de **vraag** gesteld worden waarom ten aanzien van drugverslaafde ouders wel criteria gehanteerd moeten worden en ten aanzien van ouders zonder drugproblematiek niet. Bovendien kan men ook de vraag stellen of niet enige **flexibiliteit** noodzakelijk is in hulpverlening?
Daarnaast blijft ook de vraag **welke criteria** gehanteerd moeten worden. Hiervoor bestaan verschillende mogelijkheden, zoals de criteria die door het bureau KDO gehanteerd worden of de richtlijnen van SCODA (Aldridge, 1999 – zie bijlage 4). Een bijkomende vraag is welke focus men kiest om deze criteria rond te oriënteren: de basiszorg en de veiligheid van het kind, de hulpverlening aan het kind, de hulpverlening aan het hele gezin, …?

Daarbij aansluitend kan de vraag gesteld worden of met de ouders een **contract** moet opgemaakt worden waarin dergelijke criteria en eventuele andere voorwaarden waaraan de ouders moeten voldoen duidelijk gesteld worden.

4.2 Deskundigheidsbevordering

Hulpverleners kampen vaak met een gebrek aan kennis omtrent drugverslaafde ouders en hun kinderen. In de niet-categoriale hulpverlening is er vooral nood aan kennis omtrent **druggebruik**, het herkennen van drugverslaving en de gevolgen ervan voor ouder en kind. In de drughulpverlening ontbreekt vaak de nodige kennis over het **kind** en zijn noden en behoeften. Het vergroten van de kennis en de deskundigheid omtrent deze doelgroep kan in elk geval tegemoet komen aan een aantal bovengenoemde knelpunten zoals het **vroegtijdig herkennen** van drugverslaving tijdens de zwangerschap. Drugverslaafde zwangere vrouwen zoeken immers meestal eerst hulp bij laagdrempelige voorzieningen, vooraleer ze naar de gespecialiseerde drughulpverlening stappen (Hedrich, 2000).
Dergelijke deskundigheidsbevordering kan er ook voor zorgen dat bestaande programma’s, initiatieven én visies meer **afgestemd** worden op de werkelijke noden en behoeften van deze ouders en hun kinderen. Daarenboven wordt gesteld dat gebrek aan deskundigheid een barrière kan zijn tot integratie en **samenwerking** van verschillende voorzieningen en sectoren (Grella, 1996), zodat door deskundigheidsbevordering ook aan deze nood kan tegemoet gekomen worden[22].

Uiteraard zijn heel wat mogelijke **methodieken** voorhanden om deze deskundigheids-bevordering te organiseren, zoals het uitnodigen van sprekers, studiedagen, literatuurstudie, werkbezoeken,… Een interessant initiatief is dat van “L’Atelier” in Luik waar alle voorzieningen die betrokken zijn in de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen samenkomen tijdens studiedagen rond de problematiek. Ook gesprekken met (ex-) verslaafde moeders of casusbesprekingen kunnen interessante invalshoeken zijn (Zuckerman, 1994).

[22] Klee & Jackson (1998) stellen wel dat dergelijke studiedagen niet altijd tot kennisverhoging of meer samenwerking tussen voorzieningen leiden.

4.3 Samenwerking tussen voorzieningen

Uit bovenstaande gegevens blijkt alvast dat er reeds heel wat 'informele' samenwerking bestaat tussen verschillende voorzieningen en instanties. Niettemin worden hier ook heel wat knelpunten aangegeven. Omtrent deze samenwerking is het vooral belangrijk dat voorzieningen elkaar beter **leren kennen**, meer leren kennen van elkaars werking én visie en dat ook duidelijke **afspraken** gemaakt worden rond een aantal moeilijke items. Enkele van deze moeilijke **items** zijn onder meer:

- Afspraken omtrent doorverwijzing
- Afspraken omtrent het al dan niet geven van methadon tijdens de zwangerschap, zodat alle hulpverleners op de hoogte zijn en de moeder hierin zelf minder verantwoordelijk wordt gesteld voor eventuele onthoudingsverschijnselen bij de baby (dit kan ook de houding van hulpverleners ten aanzien van de moeder positief beïnvloeden) (cf. Klee & Jackson, 1998).
- Wanneer kan er gesproken worden van een 'kind in gevaar'? Wanneer kan dus worden ingegrepen om het kind te beschermen? (cf. discussie rond criteria)
- Wie behartigt het belang van de ouders en wie van het kind?
- Wie zal de controle op de basiszorg en de veiligheid van het kind uitoefenen?
- Wie neemt het initiatief tot samenwerking en/of overleg?
- Welke voorziening(en) of instantie(s) moet(en) gecontacteerd worden?
- Is een 'case conference' (samenkomst rond de situatie van één bepaald gezin) een nuttig instrument? Kunnen/moeten de ouders zelf hierbij aanwezig zijn?

Verschillende **methodieken** kunnen hiervoor aangewend worden, gaande van studiedagen waarbij verschillende voorzieningen en instanties aanwezig zijn tot een geformaliseerd overleg, waarbij afspraken gemaakt worden rond deze items en rond samenwerking in de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen.

Verder moet zeker – zowel intern als tussen voorzieningen – gesproken worden over de moeilijkheden inzake het **beroepsgeheim**. Bijkomende vragen zijn hier hoe men omgaat met het eventueel doorbreken van dit beroepsgeheim ten aanzien van de **ouders** en hoe men omgaat met duidelijke aanwijzingen rond misbruik of verwaarlozing van het kind (**meldingsplicht**?).

Verder is het in elk geval belangrijk dat er niet té veel hulpverleners bezig zijn met één gezin, zodat overweldiging vermeden wordt (Zuckerman, 1994). Hieruit blijkt onmiddellijk het belang van onderling **afstemming**, **afspraken** en **coördinatie**.

Ten aanzien van een aantal diensten zijn specifieke initiatieven en overlegmomenten noodzakelijk, zoals omtrent de positie en handelingsmogelijkheden van en de samenwerking met het **Comité voor Bijzondere Jeugdzorg.** Ook overleg met **probatiediensten** is een belangrijk aandachtspunt.

4.4 Netwerkvorming – Formele samenwerking

Veel knelpunten in de hulpverlening worden veroorzaakt door een gebrek aan samenwerking tussen voorzieningen, door te grote versnippering van de hulpverlening en te weinig coördinatie hiervan. De laatste jaren zijn verschillende initiatieven opgezet om een formeel netwerk op te richten waaraan verschillende voorzieningen participeren en waarbij men de hulpverlening aan de drugverslaafde ouders en hun kinderen op elkaar tracht af te stemmen.

Verschillende **vragen** moeten beantwoord worden om vorm te geven aan deze netwerken:

- Gaat het enkel om coördinatie van de hulpverlening ("care management") of gaat het ook om inhoudelijke afstemming en opvolging van de hulpverlening en/of het gezin ("case management") ?
- Ligt de focus alleen op het kind en zijn veiligheid of ligt de focus op het gehele systeem (cf. criteria voor basiszorg)?
- Wie neemt de leiding van dit netwerken volgt de evolutie van de hulpverlening en eventueel van het gezin zelf op?
    - Een voorziening uit de drughulpverlening (bv. MSOC, residentiële voorziening)
    - Een voorziening uit de niet-categoriale hulpverlening (bv. OCMW, CGG, Kind en Gezin, sociale dienst van de afdeling neonatologie – vroedvrouw)
    - Combinatiemogelijkheden bv. een vroedvrouw die in het ziekenhuis werkt, maar verbonden is aan een voorziening uit de drughulpverlening
    - Een 'neutrale' externe instantie
    - Geen enkele voorziening heeft de 'leiding', er worden enkel onderlinge afspraken gemaakt
- Hieraan gekoppeld stelt zich de vraag waar deze case manager/coördinator gehuisvest wordt (algemeen ziekenhuis, niet-categoriale voorziening, drughulpverlening,…).
- Hoe gebeurt de aanmelding? Centrale intake?

Enkele belangrijke **aandachtspunten** hierbij:

- Het is niet evident als een bestaande voorziening in de volwassenenzorg deze coördinatie op zich neemt (Van Erp, 2000).
- Er moet een voldoende groot draagvlak zijn binnen de verschillende sectoren (niet-categoriale voorzieningen en drughulpverlening), zodat de hulp werkelijk op elkaar kan afgestemd worden en alle relevante informatie wordt doorgespeeld (cf. beroepsgeheim)

Naast de vraag naar de criteria die bij de beoordeling van een bepaalde gezinssituatie kunnen gehanteerd worden (cf. supra) kan ook de vraag gesteld worden of het mogelijk is om reeds kort na de geboorte een juiste, degelijke **inschatting** te maken van de gezinssituatie en van de mogelijkheden van de ouders om adequaat vorm te geven aan de opvoeding van het kind om zo **preventief** te werken. Een centrale vraag is uiteraard welke elementen en kenmerken binnen een bepaald gezin op een juiste manier een antwoord kunnen bieden op die vraag. Een aantal auteurs geeft wel een opsomming van bepaalde elementen die een indicatie kunnen zijn dat de ouder wellicht niet in staat zal zijn om voor haar kind te zorgen (cf. Aldridge, 1999; Davis, 1990; Klee & Jackson, 1998), maar dit blijft nog steeds onduidelijk.

4.5 Aanbevelingen omtrent de uitwerking van de programma's

Uit de knelpunten en uit bovenstaand onderzoek kan een aantal belangrijke aanbevelingen en vragen mee genomen worden om de bestaande programma’s meer af te stemmen op drugverslaafde ouders met kinderen. Uiteraard zijn de antwoorden en voorstellen sterk afhankelijk van de bestaande structuur en de gepercipieerde noden binnen de voorziening en bij de cliënten zelf.

Eerst en vooral is het heel belangrijk dat in de bestaande programma’s – zowel in de categoriale als de niet-categoriale voorzieningen- een duidelijke **visie** wordt uitgebouwd omtrent verslaving, familie, de doelstellingen en theoretische achtergrond van het programma,… Een **integratieve** benadering van de problemen van het gezinssysteem is in die visie onontbeerlijk, gezien de grote onderlinge samenhangvan de verschillende elementen van dit systeem (Sproet & Vos, 1996). Elk programma moet in essentie ‘home-based’ zijn (Dawe et al., 2000). Een **positieve** visie waarbij men uitgaat van de mogelijkheden en competenties van het gezin is hier onmiddellijk aan gekoppeld (Marcenko et al, 2000). Zo moet men steeds opnieuw streven naar ‘**zorg op maat**’ (cf. Lanehart et al., 1994); de zorg moet aangepast worden aan de noden van de cliënt. Een **continuüm** van zorg moet dan ook uitgebouwd worden (De Leon & Jainchill, 1991)

Enkele bijkomende **aandachtspunten**:

- Het is belangrijk om **tegemoetkomende** hulp centraal te stellen (‘outreaching’).
- Er moet intensief gezocht worden naar het aanspreken van het bestaande **netwerk** van het gezin of men moet trachten een dergelijk netwerk te creëren. Misschien liggen hier mogelijkheden voor vrijwilligersorganisaties.
- De vrouw moet zoveel mogelijk als een gewone zwangere vrouw of als een gewone moeder worden behandeld (Klee & Jackson, 1998).

Naar de **kinderen** toe moeten binnen een programma eigen kindgerichte elementen ingebracht worden (bepaalde activiteiten, therapie, ontwikkelingsbevorderende elementen, hanteren van observatieschema’s, structurele aanpassingen, …). Tevens is het belangrijk dat er binnen het team hierrond voldoende deskundigheid aanwezig is (moet een deel van het team zich uitsluitend op het kind richten?).

Andere inhoudelijke **aandachtspunten** zijn:

- Aandacht voor zwangerschap – eventueel speciale programma’s voor zwangere adolescente meisjes (Jones et al., 1999).
- Opleiding en tewerkstelling zijn belangrijke leefgebieden (Finnegan, 1991).
- Het belang van nazorg wordt sterk benadrukt (Jones et al., 1999).

Ook **structureel** zijn er binnen het huidig **hulpverleningsaanbod** verschillende noden die zich situeren op uiteenlopende terreinen:

- Meer residentiële plaatsen in de drughulpverlening waar moeders samen met hun kind(eren) opgevangen worden.
- Meer infrastructuur en ruimte om initiatieven omtrent ouderschap en de werking naar kinderen toe uit te bouwen.
- Een oplossing zoeken voor het probleem dat sommige ouders niet kunnen genieten van bepaalde ondersteuning, omdat ze er geen financiële ruimte voor hebben (bv. kraamzorg, crisisopvang voor het kind, …).

- Het aanbod voor drugverslaafde zwangere vrouwen moet uitgebreid worden (cf. Chisum & DeStefano Lewis, 1995; Groeneweg & Lechner-van de Noort, 1988; Klee & Jackson, 1988).

Een belangrijk element dat ook reeds in de voorgaande aanbevelingen aan bod kwam, is de nood aan voorzieningen die werkelijk toegankelijk zijn voor drugverslaafde ouders en hun kinderen. Die **toegankelijkheid** kan op verschillende manieren vertaald worden:
- Een attitude zonder vooroordelen, waarbij ook sprake kan zijn van een zekere accepterende houding wat betreft het druggebruik.
- Openheid en bereidheid om te investeren in deze ouders en nieuwe kansen te geven.
- De vraag stelt zich in welk mate deze ouders een specifieke hulpvraag moeten stellen vooraleer ze van een bepaald hulpverleningsaanbod gebruik kunnen maken.
- Het ontwikkelen van specifieke zorg en begeleiding, aangepast aan de diverse noden en behoeften van drugverslaafde ouders én hun kinderen.
- Een toegankelijke organisatie en structuur.
- Betaalbare zorg.

Bovendien zou hier speciale aandacht kunnen uitgaan naar het uitbouwen van een ambulant **thuisbegeleidingsprogramma**. Deze methodiek lijkt een belangrijke hefboom te zijn om op een adequate manier opvoedingsondersteuning te geven aan het gezin, zonder dat een residentiële opname van ouder en/of kind noodzakelijk is. In hoofdstuk 2 werden rond deze verschillende methodieken reeds enige aanzetten gegeven. Vooral de methodieken van Videohometraining, 'Integrale Orthopedagogische Gezinsbegeleiding' en 'Families First' lijken op dit vlak mogelijkheden in te houden. Het is dan ook wellicht bijzonder interessant om na te gaan hoe deze methodiek eventueel verder kan uitgebouwd worden, in samenspraak met verschillende voorzieningen uit diverse sectoren.

4.6 Pedagogische ondersteuning

Binnen de bestaande programma's gaat momenteel weinig aandacht uit naar pedagogische ondersteuning van deze moeders. Een eerste belangrijke vraag hierbij is welk **conceptueel kader** omtrent opvoeding hier kan gehanteerd worden? Daarnaast moeten ook **praktische vragen** een antwoord krijgen, zoals de gehanteerde methodiek, inhoud, plaats, frequentie, begeleiding, … Het is in elk geval belangrijk dat bij het opzetten van dergelijke initiatieven aandacht besteed wordt aan de mogelijkheden om dit te doen in **samenwerking** met verschillende andere voorzieningen en instanties, uit verschillende sectoren. Dit is niet alleen vanuit economisch standpunt belangrijk, maar het kan ook de kwaliteit van de ondersteuning ten goede komen.

Mogelijke **methodieken** zijn hier:
- Ouderschapsklassen rond bepaalde vaardigheden of opvoedkundige thema's (zowel praktisch als meer theoretisch) aan de hand van uiteenlopende methodieken zoals modeling, rollenspel, voorlichtingsvideo, spreker,… .
- Groepen van drugverslaafde moeders om bepaalde gevoelens of problemen in de opvoeding te bespreken.
- Videohometraining.
- Begeleiding van ouder-kind interacties, kind-ouder speelgroepen, speltherapie met moeder en kind samen.
- Individuele begeleiding van zowel moeder als kind.

Het versterken van de interesse van de moeder in haar kind zou haar langer in het behandelprogramma kunnen houden. Daarenboven wordt ze er zelf ook beter van wanneer haar interesse voor haar kind versterkt wordt, want vaak is de interesse naar haar kind toe een belangrijk – gezond – aangrijpingspunt voor de hulpverlening (Zuckerman, 1994)!

Enkele **aandachtspunten** bij het geven van opvoedingsondersteuning:

- Het is belangrijk dat deze interventies omtrent ouderlijke vaardigheden voldoende **lang** duren en zo vroeg mogelijk beginnen om de moeder-kind hechting te kunnen bevorderen (Chisum & DeStefano Lewis, 1995).
- Er moet veel aandacht besteed worden aan **recruterings- en retentiemechanismen.**
- Het is belangrijk om deze pedagogische ondersteuning te **kaderen** binnen andere ondersteunende diensten (Catalano et al., 1997).
- Het moet gaan om een **combinatie** van opvoedingsondersteunende methodieken, gezien de verschillende methodieken zich naar diverse aspecten van de opvoeding richten. Welke keuze men hierbij maakt, is niet alleen afhankelijk van de setting waarin deze opvoedingsondersteuning plaatsvindt, maar moet tevens mee evolueren met de noden en behoeften van zowel ouder als kind.

Besluit

Uit het onderzoek blijkt dat drugverslaafde ouders en hun kinderen een doelgroep vormen die meer en meer onder de aandacht komt in de hulpverlening. Toch kunnen we stellen dat er in de hulpverlening – mede door de complexe problematiek in deze gezinnen – nog veel barrières en knelpunten aan te wijzen zijn, die continuïteit van zorgen zorg op maat in de weg staan.
Dit onderzoek wil een eerste antwoord bieden op de vraag welk organisatorische modellen momenteel voorhanden zijn om de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen op een goede manier vorm te geven. Speciale aandacht ging hierbij uit naar de formele samenwerkingsverbanden tussen voorzieningen en instanties. Naast deze inventarisatie van modellen biedt dit onderzoek ook een aantal antwoorden op de vraag op welke manier deze ouders beter ondersteund kunnen worden in hun opvoedingstaak. Ook hiervoor kunnen uiteenlopende methodieken gehanteerd worden.

Dit onderzoek wil – naast de inventarisatie van modellen en methodieken – ook een aantal aanbevelingen doen om de ondersteuning van drugverslaafde ouders en hun kinderen verder te optimaliseren en in die zin een antwoord te bieden op de knelpunten die in bovenstaand onderzoek uitgebreid aan bod kwamen.
De belangrijkste aanbevelingen willen we hier nog even aanstippen: vooreerst is het belangrijk om de hulpverlening voor deze ouders werkelijk ***toegankelijk*** te maken. Dit impliceert onder meer een positieve visie op deze ouders, het bevorderen van de deskundigheid om de problematiek vroegtijdig te herkennen en voldoende flexibiliteit binnen het hulpverleningscircuit , zodat ingespeeld kan worden op de diverse noden en behoeften van deze ouders én hun kinderen.
Naast deze toegankelijke, laagdrempelige zorg is er een belangrijke vraag naar ***pedagogische ondersteuning*** van deze ouders. Het is hier niet alleen belangrijk om na te gaan welke methodieken binnen welke setting het best kunnen geïntegreerd worden, maar ook hier is zorg op maat van het gezin aangewezen. Uiteraard hangt deze aanbeveling samen met de verdere

inhoudelijke verdieping van de bestaande programma’s in de richting van een grotere afstemming op de specifieke vragen en noden van deze doelgroep.
Waar deze tweede aanbeveling zich vooral naar het microniveau van de hulpverlening richt, betreft de derde aanbeveling eerder het macroniveau. Uit het onderzoek bleek immers duidelijk dat er een grote nood bestaat aan meer formele samenwerking (***netwerkvorming***) tussen verschillende voorzieningen en instanties die in contact komen met drugverslaafde ouders en hun kinderen. Uiteraard dient een aantal belangrijke vragen hier nog een antwoord te krijgen en moet voldoende aandacht gaan naar de bestaande evoluties en tendensen op dit vlak in Vlaanderen (bv. uitbouw van zorgcircuits; opvolging van cliënten via een model van case management,integrale jeugdhulpverlening, …).

Referenties

- Aldridge, T. (1999). Family Values. Rethinking children’s needs living with drug-using parents. *Druglink, March-April ’99,* 8-11.
- A.L.F.A. (1999). *Modalités de Travail en Parentalité.* Luik: A.L.F.A., Centre de santé mentale.
- A.L.F.A. (s.d.). *A.L.F.A. – Service de santé mentale, spécialisé dans le traitement et la prévention de l’alcoolisme et des toxicomanies.* Luik: A.L.F.A, Centre de santé mentale.
- Arends, P.G. (1991). Hometraining en directieve therapie. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 88-99.
- Baartman, H. (1991). Bewerkelijke gezinnen. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 9-23.
- Baartman, H. (1998). Diversiteit in hometraining en hometraining als vorm van preventie. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties.* Leuven/Apeldoorn: Garant, pp. 17-32.
- Beckwith, L., Howard, J., Espinose, M. & Tyler, R. (1999). Psychopathology, mother-child interaction, and infant development: Substance-abusing mothers and their offspring. *Development and Psychopathology, 11*, 715-725.
- Beresford Project (s.d.). *Confidentiality*. London – Woolwich: Beresford Project.
- Brady, J.P., Posner, M., Lang, C. & Rosatie, M.J. (1994). *Risk and Reality: the implications of prenatal exposure to alcohol and other drugs*. The Education Development Center, Inc. http://aspe.os.dhhs.gov/hsp/cyp/drugkids.htm.
- Breddels, E. (1996). Hulpverlening aan verslaafde ouders kan beter. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 2, 27-34.
- Brown, V.B., Sanchez, S., Zweben, J.E. & Aly, T. (1996). Challenges in Moving from a Traditional Therapeutic Community to a Women and Children’s TC Model. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 1, 46.
- Camp, J.M. & Finkelstein, N. (1997). Parenting Training for Women in Residential Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 5, 411-422.
- Catalano, R.F., Gainey, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P. & Johnson, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. *Addiction, 94*, 2, 241-254.
- Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Gainey, R.R. & Hoppe, M.J. (1997). Reducing Parental Risk Factors for Children’s Substance Misuse: Preliminary Outcomes with Opiate-Addicted Parents. *Substance Use & Misuse, 32*, 6, 699-721.
- Centraal Adres (s.d.). *Informatie voor Hulpverleners*. Apeldoorn: Centraal Adres. Coördinatiepunt rond de zorg voor kinderen van verslaafde ouders.
- Centraal Adres (s.d.). *Informatie voor Ouders en Aanstaande ouders.* Apeldoorn: Centraal Adres. Coördinatiepunt rond de zorg voor kinderen van verslaafde ouders.

- Chisum, G.M. & DeStefano Lewis, K. (1995). Pregnancy and Chemical Dependency. In: DeStefano Lewis, K. (ed.), *Infants and Children with Prenatal Alcohol and Drug Exposure: A Guide to Identification and Intervention.* North Branch: Sunrise River Press.
- Clarke, K. & Forby, J. (2000). Feeling Good, Doing Fine. *Druglink, Sept.-Okt. 2000*, 10-13.
- Clarke, K. & Griffiths, P. (2000). Specialist services for pregnant drug users: Findings from a survey of drug agencies in England and Wales. *International IHRA Network Women and Drugs Magazine, 7*, 16-17.
- Coenegracht, A., Maas, V. & Roosma, D. (1991). Intensivering Hulpverlening: helpen waar al het andere ophoudt ofwel helpen voor er geholpen kan worden. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 100-115.
- Cohen, M. (2000). *Counseling addicted women. A practical guide*. United States: Safe Publications, Inc. Thousand oaks.
- Committee on Substance Abuse (1995). Drug-exposed infants. *Pediatrics, 96*, 2, 364-367.
- Copeland, J. & Hall, W.A. (1993). A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed sex treatment services. *Addiction, 87*, 65-74.
- Cosden, M. & Cortez-Ison, E. (1999). Sexual Abuse, Parental Bonding, Social Support, and Program Retention for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 2, 149-155.
- Davis, S.K. (1990). Chemical Dependency in Women: A Description of Its Effects and Outcome on Adequate Parenting. *Journal of Substance Abuse Treatment, 7*, 225-232.
- Dawe, S., Harnett P.H., Staiger, P. & Dadds, M.R. (2000). Parent training skills and methadone maintenance: clinical opportunities and challenges. *Addiction, 60*, 1-11.
- de Goede, A. (1991). Praktisch-pedagogische thuishulp. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 56-70.
- de Kemp, R. & Van Acker, J. (1997a). Interactiepatronen van hulpverlener en ouder bij gezinsbehandelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs, 13*, 6, 343-359.
- de Kemp, R. & Van Acker, J. (1997b). Therapist-Parent Interaction Patterns in Home-Based Treatments: Exploring Family Therapy Process. *Family Process, 36*, 281-295.
- Dekker, J.M. (1991). Videohometraining. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 38-55.
- De Leon, G. & Jainchill, N. (1991). Residential Therapeutic Communities for female substance abusers. *Bulletin of the New York Academy of Medecine, 67*, 3, 277-290.
- Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) (2000). *Jaarverslag over de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie – 2000.*, Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

- Fineman, N.R., Beckwith, L., Howard, J. & Espinosa, M. (1997). Maternal Ego Development and Mother-Infant Interaction in Drug-Abusing Women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 4, 307-317.
- Finkelstein, N. (1993). Treatment programming for alcohol- and drug-dependent pregnant women. *International Journal of the Addictions, 28*, 1275-1309.
- Finnegan, L.P. (1991). Perinatal Substance Abuse: Comments and Perspectives. *Seminars in Perinatology, 15*, 4, 331-339.
- Fox-Gorter, J. (1998). *Voortgangsrapport Hadok April 1992 – Januari 1998.* Den Haag: Parnassia, psycho-medisch centrum; Jeugdzorg, Den Haag/ Zuid-Holland Noord.
- Fox-Gorter, J. & de Groot, P. (1996). *Pedagogisch Beleidsplan Kinderdagverblijf 'De Woezel'*. Den Haag: Parnassia, psycho-medisch centrum.
- Garnier, M. & van Vugt, M. (1991). Hometraining in het Project aan Huis. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ghesquière, P. (1996). *Multi-problem gezinnen. Problematische hulpverleningssituaties in perspectief.* Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Goddard, S., Bennett, G. & Rigby, K. (1991). Psychological change during residence in a rehabilitation centre for female drug misusers. Part II. Children of drug misusers. *Drug Alcohol Dependence, 27*, 2, 159-165.
- Graham, A.V., Graham, N.R., Sowel, A.& Ziegler, H. (1997). Miracle Village: A Recovery Community for Addicted Women and Their Children in Public Housing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 3, 275-284.
- Greenleaf, V. (1989). *Women and cocaine: personal stories of addiction and recovery*. Los Angeles: Lowell House.
- Grella, C.E. (1996). Background and Overview of Mental Health and Substance Abuse Treatment Systems: Meeting the Needs of Women who are pregnant or Parenting. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 4, 319-343.
- Groeneweg, B. & Lechner-van de Noort, M. (1988). *Kinderen van drugverslaafde ouders: opvoeding en ontwikkeling*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Groeneweg, B. (1990). *Kinderen van drugsverslaafde ouders: ontwikkeling, risico's en hulpverlening*. Mini-symposium: "Drugverslaafde ouders helpen". Koningszaal van Artis, 30/8/1990. Organisatie: Dagcentrum voor Hulpverlening aan Ouders en Kinderen, Amsterdam.
- Gunning, W. (1995). Verslaving. In: Sanders-Woudstra, J., Verhulst, F. & de Witte, H., *Kinder- en Jeugdpsychiatrie I: psychopathologie en behandeling*. Assen: Van Gorcum, pp. 34-54.
- Hans, S.L., Bernstein, V. & Henson, L.G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology, 11*, 957-977.
- Harmer, A.L.M., Sanderson, J. & Mertin, P. (1999). Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support and parenting for mothers recovering form addiction. *Child Abuse & Neglect, 23*, 5, 421-433.

- Hawley, T.L. (1994). The development of cocaine-exposed children. *Current Problems in Pediatrics, 24*, 259-266.
- Hawley, T.L., Halle, T.G., Drasin, R.E. & Thomas, N.G. (1995). Children of addicted mothers: effects of the 'crack epidemic' on the caregiving environment and the development of preschoolers. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*, 3, 354-379.
- Hedrich, D. (2000). *Problem drug use by women. Focus on community-based interventions*. Pompidou-group, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Strasbourg: Council of Europe.
- Heijkoop, J. (1992). Leren Opvoeden met Video. In: Muller, L. (ed.), *Thuisbehandeling en hometraining*. Utrecht: SWP.
- Hellinckx, W. & Geeraert, L. (1998). Inleiding: Pedagogische thuishulp. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant, pp. 7-14.
- Hoet, J. (1999). Wanneer de relationele hulpbronnen droogstaan: een contextuele visie op verslaving. In: Michielsen, M., Van Mulligen, W. & Hermkens, L. (red.), *Leren over Leven in loyaliteit. Over Contextuele Hulpverlening.* Leuven/Amersfoort: Acco, pp. 235-246.
- Howard, J. (1994). Barriers to Successful Intervention. In: Besharov, D.J. (1994) (ed.), *When drug addicts have children: Reorienting Child Welfare's Response*. Washington DC: Child Welfare League of America – American Enterprise Institute.
- Hughes, P.H., Coletti, S.D., Neri, R.L., Urmann, C.F., Sicilian, D.M. & Anthony, J.C. (1995). Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: The effect of a child live-in program. *American Journal of Public Health, 85*, 1149-1152.
- Jaarverslag KDO (1999). *Jaarverslag Kinderen Drugverslaafde Ouders 1995 – 1997*. Zorgcoördinatie & Ondersteuning, JGGZ, Amsterdam, febr. 1999. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.
- Jagers, J.D. (1998). Families First presenteert positieve tussenbalans. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant, pp. 171-183.
- Jamoulle, P. (1998). *Parents Usagers de Drogues*. Rapport de recherche de l'Atelier parentalité et usages de drogues en Communauté française.
- Janisch, W. (s.d.). *Kinder-Haus. Betreiberkonzept für die heilpädagogisch-psycho-therapeutische Kinderbetreuungseinrichting*. Niet-gepubliceerd document van de 'Verein Grüner Kreis', Oostenrijk.
- Jansen, R.J.A.H. & Wels, P.M.A. (1998). Videohometraining. Pedagogische ondersteuning voor gezinnen met een hyperactief kind. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant, pp. 67-86.
- Johnson, J.L. & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research finding. *Pediatrics, 103*, 5, 1085-1099.
- Jones, S., Connolly, M. & Carvell, A. (1999). *Drug Using Women, their children and residential care: What are the Options?*. Addaction Research and Quality Department. http://www.addaction.org.uk.

- Juliana, P. & Goodman, C. (1997). Children of substance abusing patients. In: Lowinson, J.H., Ruiz, R.B.M. & Langrod, J.G. (eds.) (third edition), *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore, M.D.: Williams and Wilkins, pp. 665-671.
- Kaltenbach, K.A. (1994). Effects of in-utero opiate exposure: new paradigms for old questions. *Drug and Alcohol Dependence, 36*, 83-87.
- Kaplan, Ch., Broekaert, E., Frank, O. & Reichmann, S. (1999). Improving psychiatric treatment in residential program for emerging dependency groups: approach and epidemiologic findings in Europe. *CEWG, dec. 1999,* NIDA, 323-332.
- Keesmaat, M. (1989). *Harddruggebruikende vrouwen: verslag van een verkenning.* Amsterdam:Stichting de Maan.
- Kettinger, L.A., Nair, P. & Schuler, M.E. (2000). Exposure to Environmental Risk Factors and Parenting Attitudes Among Substance-Abusing Women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *26*, 1, 1-11.
- Killeen, T.K., Brady, K.T. & Thevos, A. (1995). Addiction severity, psychopathology and treatment compliance in cocaine-dependent mothers. *Journal of Addiction Disorders, 14*, 1, 75-84.
- Killeen, T.R.N. & Brady, K.T. (2000). Parental stress and child behavioural outcomes following substance abuse residential treatment. Follow-up at 6 and 12 months. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *19*, 23-29.
- Klee, H. & Jackson, M. (1998). *Illicit Drug Use*, *Pregnancy and Early Motherhood.* Manchester: SRHSA, Centre for Social Research on Health and Substance Abuse, The Manchester Metropolitan University.
- Klee, H., Wright, S. & Rothwell, J. (1998). *Drug Using Parents and Their Children: Risk and Protective Factors.* Manchester: SRHSA, Centre for Social Research on Health and Substance Abuse, The Manchester Metropolitan University.
- Lafeber, J.H., Abbenhuis, G.M., van Es, M.Q.H., Baardan, D.B. & Leenders, F.H.R. (1992). *Evaluatie van de DOEK-methodiek. Onderzoek naar de effecten van de DOEK-cursus, een onderkennings- en interventiemethodiek voor hulpverleners van ouders en kinderen in 'multi-probleemgezinnen'. Eindrapport.* Utrecht: Rijksuniversiteit, Faculteit Sociale Wetenschappen, Vakgroep Pedagogiek.
- Lanehart, R.E., Clark, H.B., Kratochvil, D., Rollings, J.P. & Fidora, A.F. (1994). Case management of pregnant and parenting female crack and polydrug abusers. *Journal of Substance Abuse*, *6*, 4, 441-448.
- Leenders, F. (1992). Drug-addicted parents and their children: harm reduction in the Netherlands. *International Journal on Drug Policy*, *3*, 4, 204-210.
- Leenders, F., Lechner-van de Noort, M & Groeneweg, B. (1988). Drugverslaafde ouders en hun kinderen: bedreigende en beschermende factoren in opvoeding en ontwikkeling. In: Goudena, P., Groenedaal, H. & Swets-Gronert, F. (red.), *Kind in geding: bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen.* Leuven/ Amersfoort: Acco, pp. 119-138.
- Leopold, B. & Steffan, E. (1997). *Special Needs of Children of Drug Misusers. Final Report*. Pompidou-group, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Strasbourg: Council of Europe.

- Lindstein, T. (1996). *Working with Children of Alcoholics.* Stockholm: School of Social Work.
- Luthar, S.S., Cushing, G., Merikangar, K.R. & Rounsaville, B. (1998). Multiple jeopardy: Risk and protective factors among addicted mothers' offspring. *Development and Psychopathology, 10*, 117-136.
- Luthar, S.S. & Suchman, N.E. (2000). Relational Psychotherapy Mothers Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, *12*, 2, 235-253.
- Mallouh, C. (1996). The Effects of Dual Diagnosis on Pregnancy and Parenting. *Journal of Psychoactive Drugs, 28,* 4, 367-379.
- Marcenko, M.O., Kemp, S.P. & Larson, N.C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance abuse and parenting outcomes among low-income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry, 70,* 3, 316-323.
- Matthys, F. (2000). *Leven met een verslaafde*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Mayes, L., Granger, R., Bornstein, M. & Zuckerman, B. (1992). The problem of prenatal cocaine exposure: a rush to judgement. *Journal of the American Medical Association, 267,* 3, 406-408.
- Mc Cance-Katz, E.F. (1991). The Consequences of Maternal Substance Abuse for the Child Exposed in Utero. *Psychosomatics, 32*, 3, 268-273.
- Mc Namara, J. (1995). *Bruised before Birth. Parenting children exposed to parental substance abuse*. London: British Agencies for Adoption and Fostering.
- Merrick, J. (1985). Addicted mothers and their children. Research results from Denmark. *International Journal of Rehabilitation Research, 8,* 1, 79-84.
- Mosley, T. M. (1996). PROTOTYPES: An Urban Model Program of Treatment and Recovery Services for Dually Diagnosed Perinatal Program Participants. *Journal of Psychoactive Drugs*, *28,* 4, 381-387.
- Nardi, D. (1998). Addiction recovery from low-income pregnant and parenting women: a process of becoming. *Archives of Psychiatric Nursing, 12,* 2, 81-89.
- No Safe Haven (1999). *No Safe Haven: Children of Substance-Abusing Parents.* The National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Pajulo, M., Savonlahti, E. & Piha, J. (1999). Maternal substance abuse: infant psychiatric interest: a review and a hypothetical model of interaction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *25,* 4, 761-769.
- Peterson, L., Gable, S. & Saldana, L. (1996). Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. *Addictive Behaviors, 21*, 6, 789-801.
- Powis, B., Gossop, M.K., Bury, C., Payne, K. & Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review*, *19*, 171-180.
- Projekt 4 (s.d.). *Een opstap naar nieuw leven. Projekt 4 – Een woon- en behandelprojekt waar vrouwen met verslavingsproblemen samen met hun kinderen opgenomen kunnen worden*. Den Haag: Stichting Parnassia.

- Raskin, V. (1992). Maternal bereavement in the perinatal substance abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *9*, 149-152.
- Reder, P. & Duncan, S. (1995). The Meaning of the Child. In: Reder, P. & Lucey, C. (eds.), *Assessment of Parenting*. London: Routledge.
- River Clinic (2000). *The River Clinic Service*. London – Woolwich: Beresford Project.
- Rodning, C., Beckwith, L. & Howard, J. (1991). Quality of attachment and home environments in children prenatally exposed to PCP and cocaine. *Development and Psychopathology, 3*, 351-366.
- Rombouts, D. (2000a). *Voorstelling N.O.O.D.-project*. Antwerpen: Free Clinic.
- Rombouts, D. (2000b). *Druggebruik en Zwangerschap*. Ongepubliceerde brochure. Antwerpen: N.O.O.D.-project – Free Clinic.
- Roosma, D. (1995). *Project Hulp aan huis Groningen. Een programma voor Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling van gezinnen in crisis, gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen en multi-problemgezinnen in Groningen*. Groningen: Projectplan.
- Roosma, D. (2000). *Het Projectplan Hulp aan Huis – Twente*. Assen: Uitgeverij Hulp aan Huis.
- Ryland, S.A. & Lucas, L. (1996). A Rural Collaborative Model of Treatment and Recovery Services for Pregnant and Parenting Women with Dual Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 4, 389-395.
- Schumacher, J.E., Siegal, S.H., Socol, J.C., Harkless, S. & Freeman, K. (1996). Making Evaluation Work in a Substance Abuse Treatment Program for Women with Children: Olivia's House. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*, 1, 73-83.
- Slot, N.W., Spanjaard, H.J.M. & Berger, M.A. (1998). Competentievergroting in het gezin. Ontwikkelingstaken voor ouders en kinderen. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant, 113-136.
- Sproet, M. & Vos, R. (1996). *Addicted parents and their children. An inpatient family treatment program*. Workshop Fifth EUSARF Congress: "Action For Families". London: Royal Holloway University, September 12-14, 1996.
- Soepatmi, S. (1992). *De ontwikkeling van kinderen van drugafhankelijke moeder: een longitudinaal onderzoek* (doctoraatsverhandeling). Amsterdam: Rodopi.
- Stevens, S.J. & Arbiter, N. (1995). A therapeutic community for substance-abusing pregnant women and women with children: Process and outcome. *Journal of Psychoactive Drugs, 27*, 49-56.
- Strijker, J. & Zandberg, Tj. (1998). Dagpleegzorg: De kracht van een aanvullende opvoeding voor gezinnen in een problematische opvoedingssituatie. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant, pp. 185-198.
- Strijker, J., Dickscheit, J., Zandberg, Tj. & Rink, J.E. (1999). *Samen Sterk. Een evaluatie-onderzoek van De Herberg betreffende drugsverslaafde ouders met hun kinderen.* Groningen: Stichting Kinderstudies; Vakgroep Pedagogiek en Onderwijskunde.
- Swift, W., Copeland, J. & Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian National survey. *Addiction, 91*, 1141-1150.

- Swift, W. & Copeland, J. (1996). Treatment needs and experiences of Australian women with alcohol and drug-related problems. *Drug and Alcohol Dependence, 40*, 211-219.
- Tymchuk, A.J. (s.d.). *Home Injury Prevention Program. The UCLA Parent/Child Health & Wellness Project*. Los Angeles: Department of Psychiatry – School of Medicine – UCLA.
- Tyler, R., Howard, J., Espinosa, M. & Doakes, S.S. (1997). Placement with substance-abusing mothers vs placement with other relatives. *Child Abuse Neglect, 21*, 4, 337-349.
- V.A.D. (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen) (2000). *Drugverslaafden met jonge kinderen. Vooronderzoek bij uitbesteding*. Brussel: V.A.D..
- Van Acker, J. (1991). Het gezinsproject. In: Baartman, H. (red.), *Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, pp. 24-37.
- Van Acker, J. & de Kemp, R. (1997). The Family Project Approach. *Journal of Adolesence, 20,* 419-430.
- Van Baar, A.L. (1991). *The development of infants of drug dependent mothers: de ontwikkeling van kinderen van drugsafhankelijke moeders* (doctoraatsverhandeling). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van Baar, A.L., Boer, K. & Soepatmi, S. (1993). De Gevolgen van drugsverslaving van de moeder voor haar kinderen: de huidige stand van zaken met betrekking tot kennis en zorgbeleid in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 137,* 36, 1811-1815.
- van den Bogaart, P.H.M. (1998). Toepassing en evaluatie van hometraining in Nederland. Een historisch overzicht van de na-oorlogse ontwikkelingen. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant, pp. 33-52.
- Van der Doef, P. (1998). Gezinsgerichte hulp aan kinderen in dagbehandeling. In: Hellinckx, W. (red.), *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant, pp. 87-98.
- Vanderplasschen, W. (1997). *Een exploratief onderzoek in de drugvrije Therapeutische Gemeenschap naar de situatie van drugverslaafde ouders en hun kinderen*. Niet-gepubliceerde scriptie. Gent: Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Vanderplasschen, W. (1999). Substance abusing parents, their children and the Therapeutic Community. In: Broekaert, E., Vanderplasschen, W. & Soyez, V. (Eds.), *Proceedings of the International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups: “Community as a method”*. Gent: Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent, pp. 93-98.
- Van Erp, R. (2000). Projectplan Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen. Leiden: Stichting voor opvoedingsondersteuning.
- Van Russelt, J. & Crollard, M. (2000). *Soutien aux parents toxicomanes et éducation à la parentalité. Rapport d’activités du 01/09/1999 au 31/08/2000.* Luik: A.L.F.A, Centre de santé mentale.
- Van Schot E. & van der Steege, M. (1998). *De methodiek van IOG*. Hulp aan huis Groningen en Drenthe.

- Vegter, V., Baller, A. & Sleegers, J. (1999). *Jaarverslag Kinderen Drugverslaafde Ouders 1995-1997*. Amsterdam: Zorgcoördinatie en Ondersteuning, Divisie Jeugd- en Geestelijke Gezondheidszorg; GG&GD Amsterdam.
- Visser, B. (1999). "Meeste verslaafden voeden hun kinderen zelf op", Project Drugsverslaafde Ouders. *BiNDiNg, febr. 1999*, p. 3-5.
- Volpicelli, J.R., Markman, I., Monterosso, J., Filing, J. & O'Brien, C.P. (2000). Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers. Evidence of Efficacy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *18*, 41-49.
- Vulnerable People (2000). European Project: Vulnerable People. Addicted mothers and their young children. Den Haag: Parnassia: Psychomedical Center. http://www.vulnerablepeople.org.
- Weiner, A., Kuppermintz, H. & Guttmann, D. (1994). Video Home Training (the Orion Project): A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. *Family Process, 33*, 441-453.
- Whiteside-Mansell, L. et al. (1999). The development and evaluation of an alcohol and drug prevention and treatment program for women and children: The AR-CARES program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 3, 265-275.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Pediatric Clinics of North America, 42*, 2, 415-429.
- Zuckerman, B. (1994). Effects on Parents and Children. In: Besharov, D.J. (1994) (ed.), *When drug addicts have children: Reorienting Child Welfare's Response*. Washington DC: Child Welfare League of America – American Enterprise Institute.
- Zweben, J.E. (1996). Psychiatric problems among alcohol and other drug-dependent women. *Journal of Psychoactive Drugs*, *28*, 345-366.

Bijlage 1: Brief naar organisaties

Betreft: *Onderzoek 'Hulpverlening aan drugverslaafden met jonge kinderen'*
In opdracht van V.A.D.-Brussel
In samenwerking met V.z.w. De Kiem, M.S.O.C. Gent en Universiteit Gent – Vakgroep Orthopedagogiek

Gent, 18–09–2000

Geachte Mevrouw,
Geachte Heer,

Reeds geruime tijd is er een groeiende vraag naar adequate hulpverleningsinitiatieven voor drugverslaafde moeders en/of vaders met jonge kinderen. Recent werd dan ook een aantal uiteenlopende initiatieven in binnen- en buitenland hierrond opgezet. Niettemin wordt vastgesteld dat de bestaande deskundigheid sterk versnipperd is en een omvattend kader momenteel nog ontbreekt, zeker waar het gaat om adequate opvoedingsondersteuning bij deze doelgroep.
Dit heeft ertoe geleid dat recent in opdracht van V.A.D.-Brussel een onderzoek werd opgestart rond hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen, een onderzoek in samenwerking met Vzw De Kiem, het M.S.O.C. Gent en de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.
Naast een literatuurstudie rond deze problematiek zal binnen dit onderzoek een inventaris opgesteld worden van bestaande hulpverleningsinitiatieven in binnen- en buitenland die met deze doelgroep in contact komen. Een belangrijk accent hierin is de inventaris van bestaande werkmodellen en methodieken, vooral waar het gaat rond ondersteuning voor deze ouders aangaande de opvoeding van hun kinderen. Voor deze inventaris van bestaande initiatieven en projecten willen we dan ook graag uw medewerking vragen.

In concreto zouden we willen vragen om ons – indien u aan het onderzoek wenst mee te werken – een bevestiging mede te delen en indien mogelijk ook een 'sleutelfiguur' (een met de problematiek vertrouwde medewerker) te vermelden. Met deze laatste zal dan verder contact worden opgenomen voor het afnemen van een kort interview rond de opzet en werking van het initiatief en rond eventuele knelpunten, bepaalde behoeften en dergelijke meer. Gezien de korte duur van het onderzoek (drie maand) vragen we u om zo snel mogelijk te antwoorden (voor 1 oktober 2000, indien mogelijk).

Alvast van harte dank bij voorbaat,

Ilse Derluyn (contactpersoon)
Onderzoeker Vakgroep Orthopedagogiek
Tel.: 09/264 64 65 (secretariaat)
Fax.: 09/264 64 91
E-mailadres: ilse_derluyn@hotmail.com

Prof. Dr. E. Broekaert

Bijlage 2: Interviewschema

1. ***Algemene informatie***

- In welke mate is uw organisatie betrokken in de begeleiding van drugverslaafde zwangere vrouwen of drugverslaafde ouders en/of hun kinderen? Neemt deze begeleiding een groot deel in van de globale werking?
- Wat is de voorgeschiedenis van de werking met drugverslaafde ouders? Wat heeft ertoe geleid dat deze werd opgezet?

2. ***Inhoud begeleiding***

- Welke zorgaanbod heeft u naar deze doelgroep? Ontwikkelde u specifieke initiatieven of een specifieke aanpak naar deze doelgroep? Welke en van waaruit werden deze opgezet?
  Of: Kunt u iets meer vertellen over de inhoud van het programma en de gehanteerde werkvormen/methodes?
- Wat zijn de doelstellingen van dit programma/aanbod/activiteiten?
- Worden er specifieke initiatieven genomen rond opvoedingsondersteuning van drugverslaafde ouders? Waarom wel/niet? Hoe gebeurt dit (methodiek, werkwijze)?
- Kunt u iets vertellen over de omkadering (personeel, infrastructuur,…) van het programma/aanbod rond drugverslaafde ouders?

3. ***Profiel cliënten***

- Algemeen (leeftijd, aantal kinderen, geslacht)
- Hoeveel cliënten zijn in behandeling/begeleiding en hoe worden die bereikt? (verwijzers)
- Wat zijn de belangrijkste hulpvragen van de ouder(s) en/of van het kind(eren)?
- Wat zijn de belangrijkste problemen bij de ouder(s) en bij het kind(eren)?
- Wat zijn mogelijke beschermende factoren bij kind/ouder(s)? Wat zijn mogelijke risicofactoren bij kind/ouder(s)?

4. ***Netwerkvorming***

- Is er samenwerking met andere hulpverleningsdiensten of -projecten, verwijzers, bijzondere jeugdzorg, pleeggezin, plaatsingsdienst, school, crèche,…? (zowel wat betreft kind als ouder)
- Wordt de ruimere context (partner, ouders, grootouders, andere kinderen, pleegouder,…) van de cliënt bij de behandeling/begeleiding betrokken?

5. ***Deskundigheid***

- Beschikt u binnen het centrum/project over voldoende kennis/deskundigheid om met deze doelgroep te werken? Op welke vlakken wel/niet?

6. ***Voornaamste problemen en knelpunten***

- Welke specifieke noden of behoeften ervaart uw voorziening in de begeleiding van deze problematiek? Waar liggen problemen en knelpunten in de hulpverlening aan deze doelgroep? Zijn er bepaalde behoeften of vragen waaraan momenteel niet kan tegemoet gekomen worden? Wat zijn mogelijke antwoorden op deze behoeften/ vragen/knelpunten?

Bijlage 3: Gecontacteerde en geïnterviewde organisaties

a) Interviews:

- N.O.O.D.-project Antwerpen (Dirk Rombouts)
- De Sleutel: Europees project rond preventie (Peer van der Kreeft)
- De Kiem – Tipi (Dirk Calle)
- Kinderhotel Kattekwaad (Anita Janssen)
- CKG Evergem (Tine Raman)
- Kind en Gezin Gent
- KOC De Schelp (Vera Van Laer)
- Klemenswerk (Veerle Dewaele)
- CKG Zottegem (Marc Vindevoghel)
- Sociale dienst van de afdeling materniteit van het algemeen ziekenhuis Jan Palfijn (Martine Desmet)
- De Pelgrim (Lionel Ballegeer)
- Service- en Ontmoetingscentrum (Kathleen Roegies)
- TG De Sleutel Wondelgem (Vera Van Thielen)
- Trempoline (Christophe Thoreau)
- MSOC (Jan Van Bouchaute & Katrien De Munck)
- CGGZ De Drie Stromen Lokeren (Janna van Zegeren)
- Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (Johan Van der Sypt)
- ALFA-Luik (Jacques Van Russelt)

b) Komen niet in contact met deze doelgroep:

- Vertrouwensartscentrum – VAC – VUB Brussel
- Gezinsplaatsing – Sociaal Centrum De Visserij
- Emmaus Gent
- NPK St. Camillus
- CAW Artevelde- Bijstandsteam

c) Werkbezoeken:

- **Nederland*:*** Parnassia, Programma Ouder en Kind, Den Haag met: Projekt 4, De Woezel, Kinderopvang en Hadok.
- **London*:*** Maya Addaction Project- London; River Clinic – Beresford Project - London

d) Telefonische contacten en vraag naar informatie:

- GG&GD – Amsterdam - bureau KDO
- Basiszorgcoördinatie kwetsbare kinderen, Rijngeest Groep, Leiden + GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
- Boumanhuis: Case Management Kinderen van Drugverslaafde Ouders, Rotterdam
- KVO-project, Stichting Triton, sector verslavingszorg, Den Helder
- De Lage Kamp – Dr. Kuno Van Dijk Stichting
- Hulp aan Huis Twente en Drenthe (Integrale orthopedagogische gezinsbegeleiding)
- Katholieke Universiteit Nijmegen (Families First, Gezinsproject, VHT, Intensieve gezinsbegeleiding)

e) Verstuurde e-mails:

- John-Peter Kools 'drug use during pregnancy: a given fact and reducing health risks, Amsterdam : brochure
- Mija Bergman antwoord met ingevulde vragenlijst opgestuurd voor Pompidouproject
- Hans Henrik Philipsen, Head of Section, National Board of Health, Denemarken hhp@sst.dk
- Ms. Alice Thaarup, Chief of Division Nordjyllands Amt, Foldbjergcenteret 16, Foldbjergvej DK-9760 Vrå Denmark Tel: 0045 96 67 30 00 Email: alth@fc.nja.dk
- N. Kalikova, AIDSI Tugikeskus, Estonia, aids@anet.ee
- Dr Neena Buntwal, Consultant Psychiatrist, London
- Eva Offner and Christine Pichelhöfer, Streetwork, Austria, streetwork@vws.or.at
- Cornelia Thurnheer and Johanna Hefel, umbrella Network Porject, Austria/switzerland, umbella.vbg.sg@ifs.at
- Petr Nosek and Irena Jelinkova, K-Centre, Czech Republic, office@sananim..cz
- R. N. Rubio, APRAMP, Spain, apramp@retemail.es
- J. Rahmeier, Beratungsstelle, Frauenperspektieve e.V., Germany, frauenperspektiven@w4w.net
- Anja Aats, Clarie, Germany, calla_FFM@compuserve.com
- Dr Sylvie Wieviorka, Saint-Germai Pierre Nicole Centre de soins spécialisé, France, swsgpn@microniet.fr
- Dr. T. Legle, Hotel Binder, Austria, marienhof@gruenerkrei. At
- L. Mistelli, Lilith, Switzerland, lilith_frauen_kind@bluewin.ch
- M. Chrobockova, Konakov, Czech Republic, charita@grendel.cz
- B. Parson, Addactiona Maya Project, UK, maya@addaction.org.uk
- May.Olofsson@sst.dk
- Mary O'Brian and R. Moran, Helath Research Board, Dublin, mary.obrian@reitox.net
- Alain Origer, Directorate of Helath, Luxembourg, alain.origer@ms.etat.lu
- Rosemary Jenkins, Department of Health, rjenkint@doh.gov.uk
- Anke Wevers, IHRA Network Women & Drugs, Netherlands, awevers@planet.nl
- P. Stocco, IREFREA Italia, ctvr@doge.it
- M-T Fédi, Premis-Ruud, premis@premis.org
- G. Umminger, Eufedra, calla_ffm@compuserve.com
- ICAA, secretariat@icaa.ch
- Umbrella Network Coordinating Centre, e.steffan@spi-research.de
- Epiphany house: recovery@epiphanyhouse.org
- amityinfo@amity-center.org (in Arizona)
- Odyssey House in Lake City, Utah, knebeker-odyssey@utah-inter.net

Bijlage 4: SCODA-Richtlijnen (Druglink, 1999, p. 9)

1. The pattern of parental drug use:
    - Is there a drug free parent or supportive parent?
    - Type, quantity and method of administration of drugs
    - Whether drug use is relatively ‘stable’ or chaotic, i.e., swings between states of severe intoxication and periods of withdrawal and/or polydrug use, including alcohol
    - Are the levels of care different form when the parent is a non user?

2. Accommodation and home environment:
    - Is accommodation adequate for children?
    - Are parents ensuring that rent and bill are paid?
    - Does the family remain in one locality or move frequently, and why?
    - Are other drug users sharing the accommodation?
    - Is the family living in a drug-using community?

3. Provision of basis necessities:
    - Is there adequate food, clothing and warmth for the children?
    - Are the children attending school regularly?
    - Are the children engaged in age-appropriate activities?
    - Are the children’s emotional needs being adequately met?
    - Are the children assuming parental responsibility?

4. How are drugs procured:
    - Are the children being left alone while the parents are procuring drugs?
    - Are the children being taken to places where they can be deemed to be at risk?
    - How much are the drugs costing, and how is the money obtained?
    - Are the premises being used for selling drugs or for prostitution?
    - Are the parents allowing their premises to be used by other drug users?

5. Health Risks:
    - Where are the drugs normally kept?
    - Are the parents injecting drugs? Are the syringes shared? How are they disposed of?
    - Are the parents aware of the health risks attached to injecting or otherwise using drugs?

6. Family’s social network and support system:
    - Do parents and children associate primarily with other drug users, non users, or both?
    - Are relatives aware of the drug use? Are they supportive?
    - Will parents accept help from the relatives and other professional/voluntary agencies involved?

7. When is intervention necessary:
    - Automatic registration deters contact
    - Are there grounds under one’s own local authority’s care procedures? Are these appropriate for assessment?

8. What are the parents’ perception of the situation?
    - Do the parents see their drug use as harmful to themselves or their children?
    - Do the parents place their own needs before those of the children?

→ voor assessment van risico op mishandeling en/of verwaarlozing

Bijlage 5: Model van Peterson et al. (1996, p. 792)

Bijlage 6: De Balans – IOG (van Schot & van der Steege, 1998, p. 76-77)